

Année 1928

THÈSE ^{N°} 278

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

Tomas PASTORIZA

né le 30 mars 1896 à Santiago de los Caballeros (République Dominicaine)

L'ULCÈRE SYPHILITIQUE DE L'ESTOMAC

Président : M. LOEPER, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Tomas PASTORIZA

né le 30 mars 1896 à Santiago de los Caballeros (République Dominicaine)

L'ULCÈRE SYPHILITIQUE DE L'ESTOMAC

=====
Président : M. LOEPER, Professeur
=====

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1928

1. — PROFESSEURS

	MM.	
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.	
Anatomie	ROUVIÈRE.	
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.	
Physiologie	ROGER.	
Physique médicale	STROHL.	
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.	
Bactériologie	LEMIERRE.	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.	
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE	
Pathologie médicale	SICARD.	
Pathologie chirurgicale	LECENE.	
Anatomie pathologique	ROUSSY.	
Histologie	CHAMPY.	
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.	
Thérapeutique.	LOEPER.	
Hygiène.	N...	
Médecine légale	BALTHAZARD	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.	
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.	
Clinique médicale.	}	CARNOT.
		BEZANÇON
		ACHARD.
		WIDAL.
		MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance.		NOBECOURT
Clinique des maladies des enfants		H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux		TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses		
Clinique chirurgicale	}	DELBET.
		HARTMANN.
		LEJARS.
		GOSSET.
Clinique ophtalmologique.		TERRIEN.
Clinique urologique		LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	}	COUVELAIRE.
		BRINDEAU.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique		J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.		SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale		DUVAL.
Clinique propédeutique		SERGENT.
Professeur sans chaire		BRANCA
Clinique de la tuberculose		L. BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	HOVELACQUE . .	Anatomie.
ALAJOUANINE .	Neurologie et psychiâtre	HUTINEL	Pathologie médicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	LABBE (Henri) .	Chimie biologique.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.	LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgicale
BINET	Physiologie.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
BLANCHETIERE .	Chimie biologique.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.	LEVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale	LIAN	Pathologie médicale
CHABROL	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgicale
CHIRAY	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CLERC		MONDOR	Pathologie chirurgicale
DEBRE	Hygiène.	MOURE	
DOGNON	Physique.	MULON	Histologie.
DONZELOT . . .	Pathologie médicale.	PHILIBERT . . .	Bactériologie.
DUVOIR	Médecine légale.	QUENU	Pathologie chirurgicale.
ECALLE	Obstétrique.	RICHER Fils . . .	Physiologie.
ESSINGER	Pathologie médicale.	SEZARY	Dermatologie et Syphiligraphie.
GARNIER	Pathologie expériment.	VALLERY-RADOT (P.)	Pathologie médicale.
GATELLIER . . .	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
HARVIER	Pathologie médicale.	VELTER	Ophthalmologie.
MEITZ-BOYER . .	Urologie.	VERNE	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		M	
USQUET	Pharmacologie.	RETTERER	Histologie.
LENIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.
LEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE.	} Clinique chirurgicale.	LERI.	} Clinique médicale.
AUVRAY.		GOUGEROT.	
CHEVASSU.		MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE NOS BIEN-AIMÉS PARENTS
ET DE NOTRE SŒUR EULOGIA

Si profondément regrettés.

A MA FEMME
A MES ENFANTS CHÉRIS

A TOUS MES FRÈRES ET SŒURS

*L'expression de ma profonde
affection et reconnaissance pour
l'inlassable dévouement et la
tendresse qu'ils nous ont tou-
jours témoignés.*

A TOUTE MA FAMILLE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÆPER

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL TENON

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNER

*Qu'il trouve ici l'expression
de nos remerciements pour avoir
bien voulu accepter la prési-
dence de notre thèse.*

A NOTRE CHER AMI

LE DOCTEUR RAMON DE LARA

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE SAINT-DOMINGUE
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL « NACIONAL »

*« Ame de la chirurgie de notre
pays. »*

*Qu'il trouve ici le témoignage
de notre affection sincère et de
notre reconnaissance pour l'en-
seignement précieux que nous
avons recueilli auprès de lui
trois années durant et dont nous
nous efforcerons de nous rendre
digne.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

PASTEUR VALLERY RADOT,

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

En témoignage de notre admiration et reconnaissance du réconfort et de la sympathie que nous avons trouvés en lui dans des moments douloureux.

A NOTRE MEILLEUR AMI RAFAEL DIAZ NIESE,

En témoignage de notre profonde et inaltérable amitié, lui dont le dévouement a toujours été pour nous et en toutes circonstances un réconfort et une aide durant les longues années que nous avons passées ensemble loin de notre pays.

A NOTRE AMI LE DOCTEUR J. D. ALFONSECA

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE SAINT-DOMINGUE

MINISTRE DE L'INTÉRIEUR DE LA RÉPUBLIQUE DOMINICAINE

*Qu'il trouve ici l'expression
de toute notre sympathie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SCHULMANN,

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE PARIS

De qui nous tenons l'inspiration de ce travail, En l'assurant de nos sentiments admiratifs et de notre profonde reconnaissance pour la confiance qu'il nous a témoignée, le bienveillant accueil et les conseils éclairés que nous avons trouvés auprès de lui.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS

WIDAL, SERGENT, ACHARD, DELBET,, GOSSET,
J. L. FAURE, LEGUEU, SEBILEAU, COUVELAIRE
CLAUDE, JEANSELME, TEISSIER.

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

ALGLAVE, DEBRÉ, MONDOR, MARION.

MESSIEURS LES DOCTEURS

CATHALA, DUFOURT, WOLFROMM.

HISTORIQUE

Dès le milieu du dix-huitième siècle, des observateurs avisés soupçonnent les manifestations syphilitiques de l'estomac. Montagne puis Verni conseillent déjà de « *passer le malade par les frictions mercurielles, le seul remède que l'on peut regarder comme capable de le guérir radicalement* ». Cependant près d'un siècle se passe avant qu'Andral n'apporte ses deux belles observations de gastriques chroniques, guéries rapidement par le traitement hydrargyrique. La conviction du célèbre clinicien n'était néanmoins pas absolue et il écrivait : « Nous ne voyons pas, à la vérité, pourquoi des ulcérations des muqueuses profondes, c'est-à-dire viscérales, ne pourraient reconnaître la syphilis pour cause et céder au traitement antisypilitique, mais des observations de ce genre la science les attend encore » (1838). Fournier, en 1906, peut répondre à Andral, la syphilis gastrique est devenue une réalité et tous les traités didactiques donnent droit de cité à cet important chapitre pathologique. On comprend d'ailleurs le grand intérêt de ce diagnostic qui autorise un pronostic habi-

tuellement heureux et une action curative souvent incomparable. Si l'esprit médical, écrit justement le professeur Lœper, après avoir presque nié la syphilis gastrique tend aujourd'hui systématiquement à la rechercher dans tous les cas de dyspepsie un peu durable, c'est qu'il compare les trois ordres de thérapeutique des affections chroniques de l'organe : médicale, chirurgicale, spécifique, et qu'il préfère les résultats rapides et souvent définitifs de cette dernière aux simples palliatifs et aux opérations dangereuses.

Nous tracerons plus loin le tableau d'ensemble de la syphilis gastrique pour y situer à sa place l'ulcère, que nous envisagerons sous ses différents aspects cliniques.

L'hypothèse étiologique de l'ulcère syphilitique vérifiée par le succès curatif, n'amena pas les auteurs à une plus juste conception des faits : la question demeure en suspens. Et ce n'est qu'en 1858 que Klebs apporte son observation classique puis viennent les cas de Lancereaux (1864), de Dujardin-Beaumetz (1866), de Fioupe (1874). Le premier mémoire d'ensemble est dû à Gaillard (1886), il envisage les rapports de la syphilis gastrique et de l'ulcère simple et il conclut que la vérole n'est qu'une cause exceptionnelle de la maladie de Cruveilhier.

Les observations se multiplient sous l'influence de Fournier, de Dieulafoy, d'Hayem et plus près de nous de Mathieu, de Lœper, de Bensaude et Rivet.

Les progrès successifs de l'investigation biologique, sérologique et radiologique apportent des données nou-

velles au problème que consacrent des publications nombreuses. A côté de la thèse classique de Pater qui envisage la question dans son ensemble, les mémoires plus récents de Baulot (1921), de Reboul (1924) ont trait à l'origine syphilitique de l'ulcère de l'estomac.

TABLEAU DE LA SYPHILLIS GASTRIQUE

Nous ne parlerons point ici des manifestations de la syphilis chez les très jeunes enfants. Chez les nouveau-nés plus ou moins macérés, porteurs de lésions spécifiques multiples, pemphigoides et viscérales, les auteurs ont pu déceler des lésions gastriques et intestinales diffuses. Quelquefois il s'agit d'enfants débiles qui meurent en quelques jours les uns du mœléna des nouveau-nés, lequel doit toujours faire songer à la vérole, les autres ne reprennent pas leur poids de naissance et sont emportés par une diarrhée rebelle et incoercible. Une médication spécifique appliquée d'urgence amène dans les cas heureux de véritables résurrections. Les cas de syphilis héréditaire tardive à localisation gastrique rentrent dans la description classique de la syphilis gastrique tertiaire.

Les manifestations gastriques syphilitiques secondaires

La vérole a son début peut donner lieu exceptionnellement à des troubles assez vagues tels que ballonnement épigastriques, renvois, bouffées de chaleur, en rapport

peut-être avec un état fébrile ou infectieux ou avec un traitement par ingestion mercurielle ou iodurée activement mené, plus qu'avec une détermination stomacale véritable. Quelquefois cependant les signes sont plus accusés : gastralgies pénibles à horaire variable, vomissements alimentaires et bilieux, anorexie plus ou moins complète entraînant un amaigrissement qui peut être inquiétant. Fournier a signalé à cette période de la boulimie, plus fréquente chez la femme, qui peut atteindre des proportions invraisemblables et durer des semaines et même des mois et coïncider avec une poussée de syphilis cutanéomuqueuse et un mauvais état général. La boulimie serait observée volontiers chez les hérédos et pour Audrain elle aurait, reconnue dès l'enfance, la valeur d'un stigmat. L'aim douloureuse qui provoque une avidité excessive, surtout pour les viandes, elle correspondrait pour quelques-uns à un certain degré d'hyperchlorhydrie.

Plus rarement on peut déceler dès la période secondaire des lésions d'origine vraisemblablement ulcéreuse. Keiser a vu une jeune fille qui, quatre mois après un chancre, accusait de la gastralgie, des vomissements sanglants incessants et qui, après échec de toutes les autres thérapeutiques, guérit radicalement au traitement mercuriel. (Nous reviendrons longuement sur ce type clinique.)

La dyspepsie tertiaire et les gastriques chroniques syphilitiques

Les accidents digestifs de la période tertiaire ont souvent ceci de commun, c'est qu'ils ne présentent aucun caractère qui leur soit propre. Ainsi que le répète souvent Fournier : toute dyspepsie qui demeure rebelle aux régimes doit faire penser à la vérole et réciproquement, toute dyspepsie tenace chez un ancien spécifique doit être présumée syphilitique. Il importe cependant de prendre garde à certains sujets syphilophobes, qui, par l'abus inconsidéré de médication par voie buccale, provoquent des gastrites médicamenteuses parfois très sérieuses sur lesquelles a jadis insisté Boas.

Il est classique de distinguer une *forme dyspeptique simple* et une *forme de gastrite chronique*.

La *dyspepsie*, qui affecte habituellement le *type hypersthénique*, se caractérise par des douleurs épigastriques matinales et post-prandiales tardives que soulagent le repos et l'ingestion d'aliments, par un ballonnement abdominal, des éructations, du pyrosis, la constipation alterne fréquemment avec des débâcles diarrhéiques.

Il y a eu de longues discussions sur les renseignements fournis par le chimisme gastrique : le fait le plus constant est la diminution de l'acide chlorhydrique, ceci très remarquable dans des dyspepsie hypersthéniques.

Plus rarement la dyspepsie relève du type hypersthénique avec anachlorhydrie et hypopepsie. Grandjean, dans une thèse récente, a insisté sur ces cas qui s'accompagnent de ballonnements douloureux du ventre, de clapotage et même de vomissements.

Les douleurs gastriques peuvent parfois être si intenses que Parmentier et Mlle Daviau incriminent, toutes tabes mis à part, des lésions nerveuses qui irriteraient la dixième paire. Bouchut et Lamy ont incriminé la possibilité d'atteintes radiculaires qui, les racines postérieures contenant des fibres sympathiques se rendant aux splanchniques, engendrent des algies avec irradiations dans les espaces intercostaux ou les hypochondres, tantôt profondes, tantôt superficielles, pouvant s'accompagner de dyspepsie flatulente. Nous verrons plus loin que ces gastro-radiculites de Bouchut et Lamy peuvent, par trouble trophique, créer de toute pièce un ulcus.

La *gastrique chronique* se traduit par l'aggravation des signes dyspeptiques avec une altération de l'état général, due à l'anorexie persistante. Andral en a brossé dès 1827 un tableau éloquent observé dans la pratique personnelle. Depuis lui de nombreux cas ont été rapportés, notamment par Trousseau et plus près de nous par Pron. La réaction de Wassermann peut rester négative ou être douteuse et les examens radiologiques donnent des renseignements peu univoques. Tantôt le résultat est négatif ou bien l'estomac est simplement hypertonique, plus rarement il est atone (Einhorn). Dans le

cas de Florand, Girault et Kurzenne sur la place claire de la poche à air apparaissaient très nettes trois petites taches noires, dues vraisemblablement à la bouillie opaque retenue sur les parois par les ulcérations gommeuses : après deux mois de traitement sans changement de régime une avait disparu, les deux autres étaient très réduites, avec diminution des douleurs et grande amélioration de l'état fonctionnel. De même Smithies écrit que de très petits nodules peuvent conduire au diagnostic : c'est surtout par exclusion qu'il faut procéder pour avoir chance de juger juste.

Le petit estomac de Leven et Barrett avec pylore plus ou moins insuffisant se voit plus volontiers dans les cas de linite.

Il existe cliniquement des variantes : douleurs en crises souvent nocturnes (Clark), soulagées par le vomissement, parfois apparition d'hématémèse et de méloëna. D'ailleurs il existe tous les types possible de transition entre la gastrique chronique et l'ulcère en passant par le syndrome de Reichmann.

Ainsi que l'a écrit Fournier, le pronostic des dyspepsies et gastrites syphilitiques est en fonction directe du diagnostic. Les troubles gastriques peuvent revêtir une telle intensité que la consommation peut être extrême. Aussi ne faut-il jamais oublier le rôle possible d'une vérole ignorée, l'action rapidement sensible d'un traitement spécifique demeure le meilleur critère étiologique.

Les sténoses syphilitiques de l'estomac

Les progrès de la radioscopie et son emploi courant, l'abondance des interventions chirurgicales des dernières années ont montré la grande fréquence des sténoses de l'estomac dues à la syphilis, sténoses qui peuvent occuper soit l'un des orifices, soit le corps même de l'organe (sténose médio-gastrique), ou bien multiples, bridant et déformant le viscère, syphilis gastrique déformante de Fåvre avec estomac ficelé.

La *sténose pylorique* est la plus importante des lésions orificielles, elle affecte d'ordinaire une marche lente, analogue à celle qui succède à la cicatrisation d'un ulcère, donne l'impression d'une affection bénigne. Cependant l'évolution peut être plus rapide, réaliser à bref délai le tableau d'une occlusion cancéreuse : (Hayem), avec amaigrissement considérable et parfois des liquides de stase présentant les caractères observés dans les sténoses cancéreuses, absence d'acide chlorhydrique libre, hyperacidité de fermentation, que traduit une élévation considérable du coefficient α .

C'est à maintes reprises que des erreurs de diagnostic ont été signalées : un traitement d'épreuve, prescrit souvent comme pis-aller, a donné des résultats imprévus à Einhorn, Fournier, Leven, Bensaude et Rivet, des gommes volumineuses ayant fondu sous l'action du mercure, de l'iodure ou de l'arsenic. Les améliorations peuvent d'ailleurs n'être que partielles lors-

que des lésions cicatricielles ont eu le temps de s'organiser et parfois même les progrès sont insuffisants et à l'occasion d'une rechute la gastro-entérostomie est nécessaire.

Dans d'autre cas ce n'est que l'examen histologique d'une pièce retirée par le chirurgien, qui, rétrospectivement, permet de reconnaître la vérole (Hayem, Hemmeter et Stokes) et de rectifier l'erreur de diagnostic.

Les cas de *sténose du cardia* sont infiniment plus rares. Dans sa thèse, Berthier n'en signalait en 1918 qu'un cas, celui de Bouveret que d'ailleurs il contestait. Depuis, de nouveaux cas sont connus, dus à P. E. Weil, à Barthélémy, à Lévy Franckel. Cette localisation de la syphilis est entachée d'un très mauvais pronostic à cause de sa transformation néoplasique fréquente. C'est en effet surtout au niveau des organes recouverts d'un épithélium pavimenteux stratifié qu'on observe volontiers la transformation maligne des lésions syphilitiques et la région cardiaque s'apparente ici à la langue et au col utérin. Peut-être cette évolution s'effectue parce que les épithéliums pavimenteux stratifiés sont capable de subir la kératinisation à transformation leucoplasique. Il est possible d'ailleurs d'observer les deux stades successifs et dans la belle observation de Lévy-Franckel un homme au stade spécifique, avec réaction de Wassermann positive, guérissant par le traitement, puis après négativation de la réaction sérologique, un an plus tard réapparition des symptômes et évolution maligne avec généralisation.

La *sténose médio-gastrique* qui crée l'estomac biloculaire ou en sablier relève très souvent d'une syphilis ancienne, les vieilles observations de Frérichs (1866), Rudnew (1890), Stolper (1895) en ont jadis donné des témoignages cliniques et anatomiques. Lafleur en 1903, conte l'histoire d'un de ses malades chez lequel, au cours d'une intervention opératoire, il reconnaît une sténose medio-gastrique et des gommes calcifiées sur le bord libre du foie, il abandonne son idée première d'une gastro-entérostomie, referme l'abdomen et institue un traitement mercuriel qui amène une guérison rapide.

L'ère de la radioscopie a renouvelé la question, les beaux cas de Leven et Barret, Beclère et Bensaude, Bensaude et Rivet, Gailliard et Mendelsohn sont autant de documents décisifs. Dans un mémoire récent, Guyot et Chavannaz publient l'observation d'un type de sténose médio-gastrique. La bride médiane fut sectionnée mais l'on trouva aussi de nombreux ganglions au niveau de la grande et de la petite courbure, l'un de ceux-ci biopsié ne permit de déceler aucune lésion tuberculeuse ou cancéreuse. Les accidents douloureux persistèrent, on pensa à la syphilis, on fit une réaction de Wassermann qui fut positive puis un traitement arsénobenzolique par voie sous-cutanée qui amena une rapide amélioration.

L'influence du traitement spécifique, écrivent Bensaude et Rivet permet de présumer comment la syphilis est intervenue dans la production des lésions :

les néoformations gommeuses, les ulcérations, les infiltrations plus ou moins diffuses régressent sous l'influence du traitement. Mais quand, par contre, la lésion est fibro-cicatricielle, aboutissant soit d'une gomme ou d'une ulcération initiale, le traitement demeure sans effet. Chez une malade de Lœper et Bory le traitement fut vain et l'intervention fut décidée : elle montra un ulcus ancien de la petite courbure étendu jusqu'au pylore avec adhérences fixant l'estomac au pancréas, tout cela fibro-cicatriciel.

Les examens radiographiques en série sont de la plus grande utilité. Au cours du traitement, ils montrent à la fois la part des lésions actives et des lésions cicatricielles et les progrès successifs de la médication prescrite.

La multiplicité des lésions sclérosantes et sténosantes, qui donnera bien à l'estomac ficelé de Leven, à l'estomac trilobé de Letulle, à la syphilis gastrique déformante de Favre, en un mot à des images radiologiques anormales et curieuses, est une présomption importante en faveur de l'origine syphilitique.

Le diagnostic demeure malgré tout, dans certains cas, très malaisé. Grenet et ses collaborateurs citent un cas où Quénu fit le diagnostic de fausse biloculation par lithiase biliaire sur une femme atteinte de sténose médio-gastrique indéniable avec sérologie suspecte et inégalité pupillaire. Pierre Duval, Leriche et Coste ont signalé la possibilité de fausse biloculation spasmodique liée à une lésion pariétale étendue non sté-

nosante, qui d'ailleurs devient ultérieurement une sténose véritable.

Le pseudo-cancer syphilitique de l'estomac

Lorsqu'on lui découvre une tumeur à l'épigastre, heureux le malade qui a eu la vérole; écrit Hudelo, la syphilis gastrique à forme pseudo-cancéreuse ne peut pas être distinguée du néoplasme véritable. Après une période plus ou moins prolongée de troubles digestifs, accentuation de la douleur, de dégoût pour les viandes, hématemèse marc de café, cachexie ou même quelquefois, contrairement à ce qu'a écrit Brams, véritable teint jaune paille (Grenet, Pelissier et Levent). A la radioscopie on voit des images lacunaires. Parfois, de plus, fait encore plus troublant, l'on peut sentir à la palpation une tumeur régulière, indolente et mobile. Cette néoplasie lorsque, pour Bard, elle coïncide avec un bon état général doit être un élément de présomption en faveur de la syphilis.

Les auteurs ont encore invoqué quelques indications qui militeraient en faveur de la vérole : l'âge plus jeune des malades, le caractère nocturne des douleurs. Tout cela est très délicat et le chimisme gastrique n'apporte, non plus que la radiologie d'élément instructif, bien que Lemierre, Gautier et Raulot Lapointe aient signalé comme plus particulière à la syphilis, l'existence d'une zone claire circulaire unique, bien isolée et mobile. On

trouvera des observations suggestives dans la thèse de Lipschitz.

Il semble par ailleurs que cancer et vérole peuvent *coexister*. Verneuil avait signalé cette coïncidence il y a longtemps. Mais la syphilis ne prépare-t-elle pas le lit du cancer? Il existe des cas hybrides (G. Lion), le traitement spécifique agit sur l'élément tréponémique sans influencer en quoi que ce soit le cancer qui continue à évoluer pour son propre compte.

Félix Ramond a recherché de son côté la réaction de Wassermann chez 20 cancéreux gastriques, il ne l'a trouvée positive que deux fois, il estime cette proportion inférieure à la réalité et d'ailleurs ce chiffre ne veut rien dire. N'y a-t-il pas au moins dix pour cent de sujets syphilitiques dans un service hospitalier parisien?

La linite plastique syphilitique

L'infiltration avec sclérose diffuse des tuniques gastriques qui cessent d'être dilatables constitue la linite plastique, l'infiltration peut s'étendre à la totalité de l'organe ou prédominer dans la zone pylorique. Les auteurs ont voulu voir là un type constant de néoplasme à marche lente, c'est un domaine qui recule et actuellement on croit que la linite purement due au spirochète est fréquente et que la linite cancéreuse s'amorce de préférence chez d'anciens spécifiques.

L'examen à l'écran peut rendre des services : il mon-

tre un estomac petit, en entonnoir ou en tube, de forme et parfois de positions fixes, peu déformable à la pression, parfois en péristaltisme. L'aspect que nous indiquons correspond au petit estomac syphilitique de Leven et Barret, dont nous avons parlé. les orifices peuvent être insuffisants, la bouillie opaque peut suspendre le pylore et ne pas séjourner dans l'organe, ou bien au contraire l'orifice pylorique se contracte et l'on voit un estomac peu extensible.

La linite plastique demeure, semble-t-il, un type anatomique qui s'apparente aussi bien à la syphilis qu'au cancer. L'influence du terrain soupçonnée par Halipré et Beaurain, par Babonneix et Vigot, paraît certaine à Faroy, qui, sur trois cas de linite cancéreuse relève deux fois une syphilis antérieure.

La thérapeutique ne peut ici trancher la question; car l'effet de la médication ne peut agir que sur une sclérose débutante. Si la lésion cicatricielle est ancienne, elle est tout à fait rebelle au traitement, bien que la syphilis soit la seule cause invoquée.

Syphilis gastrique. crises tabétiques, et syphilis nerveuse

Si l'on en croit la conception classique, les crises gastriques du tabes sont d'origine purement nerveuse et ne sont nullement liées à une lésion gastrique. Aujourd'hui le rôle joué par la muqueuse gastrique semble beaucoup plus important. Nous verrons plus loin dans

quelles conditions les crises gastriques peuvent être solidaires d'ulcérations, ou même dans quelques cas provoquées uniquement par l'épine ulcéreuse.

La syphilis nerveuse peut à elle seule provoquer des troubles digestifs et le classique tabes, en dehors de toute crise, peut donner durant toute son évolution des troubles dyspeptiques classiques qui ont été remarquablement décrits par Lœper et Oppenheim, qui l'attribuent, sous le nom de *dyspepsie des tabétiques* à une méningo-radiculite plus qu'à de la syphilis gastrique véritable. C'est là d'ailleurs une étude qui mériterait d'être reprise. L'estomac douloureux des tabétiques est-il toujours un estomac malade du fait de la syphilis, n'intervient-il pas par ailleurs d'autres causes de gastrite, du fait de l'alcool par exemple, si fréquent en milieu hospitalier.

En ce qui concerne les résultats thérapeutiques on sait que les troubles gastriques du tabes incipiens cèdent le plus souvent assez vite à une thérapeutique bien menée, c'est sans doute qu'il s'agit de lésions plus profondes et sur lesquelles le médicament a prise.

L'ULCÈRE SYPHILITIQUE DE L'ESTOMAC.

Les différents types cliniques.

Le domaine de l'ulcus gastrique, grâce aux progrès considérables faits par la clinique avec l'aide de la radioscopie, de la chimie biologique, de la sérologie, s'est considérablement étendu depuis l'époque lointaine où Cruveilhier isolait le syndrome auquel est attaché son nom. Tout d'abord l'ulcus a annexé toute une série de faits classés longtemps en dehors de lui sous le vocable de dyspepsies douloureuses, il est devenu une maladie protéiforme, polymorphe avec souvent des difficultés diagnostiques inconnues jadis.

Les recherches étiologiques sont venues compliquer le problème déjà ardu. Les premières observations ont apparenté étroitement l'ulcus syphilitique à l'ulcère rond, avec ses caractères classiques, mais c'est, a-t-on dit, un ulcère qui « fait sa preuve ». Fournier abondait dans ce sens et écrivait : « L'estomac lésé par le syphilis, n'a pas, pour exprimer sa souffrance, de troubles fonctionnels différents de ceux qui servent d'expression à des lésions gastriques de causes très différentes. Le maître

de Saint-Louis posait en principe la grande difficulté d'un diagnostic qui seul pouvait affirmer un résultat thérapeutique.

Les méthodes d'investigation actuelles ont permis au médecin de pénétrer plus avant dans les recherches étiologiques, elles ont donné au tableau de l'ulcère syphilitique de l'estomac un champ infiniment plus vaste. En nous aidant des documents que nous avons recueillis qui nous ont semblé les plus démonstratifs et de quelques observations inédites que nous devons à l'amabilité de notre ami le Dr Schulmann, nous voulons, dans ce travail, dresser le bilan de l'ulcère syphilitique gastrique, montrer son polymorphisme parfois décevant et l'aspect le plus habituel sous lequel on peut cliniquement le déceler, indiquer enfin quelle thérapeutique il y a lieu d'emprunter pour le guérir.

L'ULCÈRE A TYPE HÉMORRAGIQUE

La tendance hémorragique d'un ulcère gastrique doit toujours attirer l'attention du médecin sur l'origine syphilitique possible. Fournier puis Dieulafoy ont contribué à répandre cette notion clinique.

Le début peut être insidieux, un certain état dyspeptique relevant de la même cause que l'ulcère peut masquer le syndrome ou bien au contraire l'ulcus se manifeste par un symptôme majeur.

La *douleur* est habituellement le premier symptôme, intermittent, d'intensité variable elle a comme dans le malade de Cruveilhier deux sièges principaux *un point épigastrique* (point xyphoïdien de Cruveilhier) qui correspond ordinairement au siège de la lésion, se déplace sous l'ombilic et les hypochondres, un *point dorsal* (point rachidien de Cruveilhier) moins fréquent, disposé entre les deux épaules de la 8^e vertèbre dorsale à la 2^e vertèbre lombaire. Les irradiations sont très variables, dépendant de la disposition et de l'extension du processus ulcéreux.

L'ulcus syphilitique aurait à ce point de vue quelques caractères particuliers.

1° Les paroxysmes douloureux seraient fréquemment *nocturnes* (Rosanow. Douglas), nous-même avons fait cette constatation dans l'observation inédite que nous apportons.

2° Les crises douloureuses auraient un horaire irrégulier, les repas n'influenceraient pas le déclanchement des accès, le cure de repos et le régime seraient souvent sans effet. Ceci est important quand on sait combien dans l'ulcus gastrique la douleur est en rapport étroit avec l'alimentation, avec sa quantité et surtout sa qualité

Les *vomissements*, qui surviennent en pleine digestion et peuvent soulager les douleurs, ne montrent ici rien de particulier, sinon la tendance hémorragique déjà manifestée, qui peut d'abord n'être que la présence dans la cuvette de quelques stries hémorragiques. Notons cependant que le *chimisme gastrique* révèle souvent de l'hypochlorhydrie, notion d'un intérêt indiscutable pour le diagnostic d'un syndrome où l'hypochlorhydrie est la règle. Dans dix cas de syphilis gastrique, dont quatre d'ulcère, Glasser a trouvé quatre fois l'acidité très inférieure à la normale. D'autres auteurs, Fraenkel, Langovoi, Brams, ont fait les mêmes constatations.

Lœper et Bory attachent d'autre part une importance réelle au *cyto-diagnostic* qui montre une importance particulière du nombre des leucocytes dans le liquide gastrique prélevé. Ce même renseignement est également rencontré dans la tuberculose ulcé-

reuse de l'estomac, mais c'est là un syndrome si rare qu'on peut le considérer comme pratiquement négligeable et la découverte du bacille de Kock apporte une preuve décisive.

C'est l'hématémèse qui est le signe le plus habituel de l'ulcère syphilitique. Alors que dans la maladie de Cruveilhier elle apparaît le plus souvent tardivement, ici souvent elle ouvre la scène, apparaissant d'une manière soudaine, sans aucun trouble fonctionnel préexistant. On connaît les cas de Fioupe, Murchinson, Fournier et Dieulafoy). Dans une observation de Grenet de ses collaborateurs, l'hémorragie fut mortelle et constitua le premier et unique signe de l'ulcère syphilitique (Obs. VI). Dans l'observation de Levy-Frankel (observation V), l'hématémèse ouvrit la scène, d'abord minime, elle se renouvela au bout de quelques heures très abondante, saignant véritablement le malade.

Le *melœna* peut accompagner ou remplacer l'hématémèse. Dans le cas du malade qui nous avons suivi (observation I) le *melœna* fut le premier symptôme constaté, ce fut lui qui attira l'attention de la jeune femme, il précéda de six mois l'apparition de la gastrorrhagie. Dans une observation de Baulot (II) que nous résumons plus loin (observation VII), le malade vit après une indigestion du marc de café dans ses selles, qui ressemblaient au goudron, ce n'est que secondairement que l'estomac devint douloureux et jamais il n'y eut de sang rejeté par la bouche.

La coordination des renseignements, la recherche

soigneuse des antécédents et des stigmates, la réponse de la réaction de Wassermann, les données du chimisme gastrique lorsqu'elles révéleront de l'hypochlorhydrie devront attirer l'attention. Les hémorragies abondantes qui se montreront rebelles aux traitements habituels devront être tenues pour très suspectes. Cela est vrai d'ailleurs, comme l'écrit Reboul, pour tous les autres symptômes : l'échec du traitement classique (repos et régime lacté), qui presque toujours améliore les ulcéreux doit constituer une présomption en faveur de l'origine syphilitique de la lésion.

Ce seul soupçon doit engager le médecin à poursuivre une enquête. Attendre un aveu est souvent une méthode vaine : la vérole est ordinairement niée et dans la grande majorité des cas, lorsqu'elle est héréditaire elle est méconnue.

Observation I

(résumée).

(Inédite communiquée par le Dr Schulmann)

Gel... Renée, 27 ans, dactylographe, mariée depuis 6 ans. Rien à relever dans les antécédents personnels. Il y a 5 ans, après un an de mariage, une fausse-couche de 4 mois spontanée. Elle aurait eu peu après son mariage mal à la tête pendant plusieurs mois et des angines à répétition mais pas d'éruption cutanée. Elle a également à cette époque perdu

un peu ses cheveux. Elle est divorcée depuis 4 ans, ne sait pas si son mari était malade.

Depuis un an elle se plaint de pesanteur gastrique, elle a consulté un médecin du quartier qui lui a donné des gouttes à prendre.

Elle a eu, depuis un mois, plusieurs vomissements survenus après les repas à horaires variables, avec présence de quelques stries de sang rouge. Alarmée elle vient consulter au mois de juillet 1926 à l'Hôpital Tenon dans le service du Dr Lœper. Une radioscopie est faite qui montre un estomac qui se contracte très activement et surtout il nous semble percevoir une petite image lacunaire siégeant sur la petite courbure à quelques centimètres du pylore.

L'examen clinique permet en outre de déceler une syphilide pigmentaire du cou manifeste, une adénopathie diffuse et une réaction de Wassermann pratiquée apporte une réponse très positive. Sur ces entrefaites la malade entre d'urgence à l'Hôpital Tenon dans un autre service pour hématomose importante. Nous la revoyons le lendemain extrêmement pâle, la perte de sang a été importante et la malade est exsangue. Se guidant sur nos renseignements le traitement est appliqué.

Mme Gel... reçoit en six semaines 4 grammes de novarsénobenzol et une série d'injections de curalues intercalaires. Très rapidement la pesanteur gastrique disparaît, il n'est plus question d'hématomose ni de vomissements. La malade reprend bonne mine et bon appétit, la réaction de Wassermann devient négative.

Deux mois après le début du traitement nous revoyons la malade qui est transformée, a engraisé de 7 kilos. L'examen radioscopique montre un état beaucoup moins spasmodique, l'image lacunaire existe encore, mais imperceptible pour qui ne l'aurait pas vue deux mois plus tôt.

Observation II in thèse Baulot (Obs. I).

Syphilis gastrique à forme d'ulcère hémorragique.

Mme M. L..., 35 ans, ne présente dans ses antécédents aucun passé gastrique, malgré les régimes les plus extravagants, suivis pour maigrir. En dépit de céphalées fréquentes ayant entraîné un certain abus d'aspirine, et de fatigue facile, elle a toujours mené une vie très active. On relève dans les antécédents une fausse-couche à l'âge de 22 ans, d'ailleurs entre deux grossesses normales.

En 1913, trois ans avant l'apparition des manifestations gastriques, à la suite de troubles qualifiés de grippe infectieuse, la malade fut atteinte de troubles visuels (amblyopie, diplopie) qui durèrent cinq mois. Elle fut alors soignée par le Dr Schrameck, qui, à la suite d'un examen de sang, institua un traitement par injections intra-veineuses, dont l'une détermina une escarre; il s'agissait évidemment d'injections de cyanure de mercure ou de salvarsan. Sous l'influence de ce traitement, les troubles oculaires rétrocédèrent en quelques jours, pour ne plus reparaitre; actuellement, la vision est parfaite.

Mentionnons que le mari de Mme M. L. présente le signe d'Argyll, l'abolition des réflexes rotuliens et des bourdonnements d'oreille en rapport avec un tabès fruste.

C'est le 19 janvier 1916 que, en pleine santé, interrompant une vie mondaine très active, la maladie débute brusquement. La veille au soir, au retour d'un dîner en ville, Mme M. L. avait senti un certain malaise, qui s'était prolongé la nuit. Au matin, elle se sentait mal à l'aise, et n'avait pas déjeuné. Dans l'après-midi, elle prend le thé chez elle, avec une amie et, après l'avoir reconduite, elle est prise de nausées, vertiges, bourdonnements d'oreilles, tendance synco-pale; elle tombe sur le tapis, et a un *comissement hémorragique* très abondant avec caillots suivi d'une évacuation intestinale sanglante. Le Dr Léopold Lévi, appelé d'urgence,

à l'impression d'une hémorragie gastrique qui s'est produite dans la nuit et extériorisée plus tard. Il diagnostique un ulcère stomacal et institue le traitement suivant : repos, glace, diète absolue, lavements de sérum.

Aucun incident n'étant survenu les jours suivants, le 24 janvier, elle veut s'alimenter et prend à son déjeuner un plat de nouilles; à 4 heures, survient une nouvelle hémorragie, aussi grave que la première, avec les mêmes symptômes généraux, et en plus, apparition de vives douleurs épigastriques avec irradiations dorsales. Le Dr Léopold Lévi prescrit à nouveau diète et sérum. Le Dr Bensaude, appelé le 25 janvier, prescrit un traitement avec 20 grammes de bismuth par jour.

Le 16 mars, le Pr Gilbert appelé en consultation porte le diagnostic de syphilis gastrique. La réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée le 17 mars par le Dr Halliou est fortement positive. On institue un traitement par l'hectine, sous l'influence de laquelle l'état général s'améliore et la malade reprend des couleurs.

La recherche du sang dans les matières fécales pratiquée par M. Carrion, à l'aide des méthodes de Weber, de Meyer et d'Adler, donne un résultat fortement positif le 10 février, négatif le 29 février, positif le 15 mars, et enfin négatif le 24 mars, le 8 avril, le 22 avril et le 17 juin 1916.

Le 11 avril, à la suite d'une consultation avec le Dr Dacier, en pratique une série d'injections de benzoate de mercure, puis d'huile grise, suivie d'une cure à Luchon.

L'amélioration est rapide et définitive; l'anémie régresse rapidement; l'examen du sang, qui avait donné, le 7 avril 1916, 3.780.000 globules rouges avec 65 % d'hémoglobine, donne le 5 novembre 1916, 4.620.000 globules rouges avec 95 % d'hémoglobine (Agasse-Lafont).

Depuis lors, c'est-à-dire depuis trois ans, la malade n'a plus présenté aucun malaise gastro-intestinal, bien qu'elle n'ait plus suivi aucun traitement ni observé aucun régime.

Observation III (in thèse Baulot).

Syphilis gastrique à forme d'ulcère hémorragique.

M. P..., 49 ans, syphilis à 19 ans; à 34 ans, une gemme du voile du palais ayant laissé une perforation. Vers 39 ans, crises gastriques douloureuses survenant 2 ou trois fois par an d'abord, puis 4 à 6 fois.

A 46 ans, très *violente hématomèse*, suivie de mélœna; depuis lors, douleurs très vives provoquées par l'alimentation. le Malade n'a jamais de vomissements alimentaires, mais des vomissements aqueux et très acides. Selles régulières. Pas d'amaigrissement notable. Aucun signe de syphilis viscérale.

Aucune amélioration n'ayant été obtenue par le régime lacté absolu et la cure de bismuth, on institue, en novembre 1913, un traitement spécifique, par injections de biiodure de mercure. Le malade en ressent une amélioration immédiate.

Revu le 19 décembre 1913, il va beaucoup mieux, et peut s'alimenter à l'aide d'œufs, purées, bouillon de légumes et compotes. Il n'éprouve plus aucune douleur d'estomac.

Depuis lors, plus de troubles gastriques, mais le malade fait des accidents de bronchite chronique, avec des troubles névropathiques, devient morphinomane et meurt en 1918. Pas d'autopsie.

Observation IV (in thèse Baulot).

*Manifestations ulcéreuses hémorragiques
chez un paralytique général.*

M. G. R., 36 ans, dessinateur, ne présente aucun antécédent notable. Il est marié et père de 4 enfants bien portants. Pas d'éthylisme. Mobilisé au début de la guerre, il a été rendu à son service au chemin de fer du Nord en avril 1915.

Le 7 juillet 1917, il vient consulter pour des troubles digestifs assez mal caractérisés. On constate alors un état de dépression psychique générale marquée, avec amaigrissement, pupilles inégales et presque immobiles, exagération des réflexes rotuliens, bredouillement de la parole. On porte le diagnostic de paralysie générale probable.

Le 18 juillet 1917, à Ermont, le malade est pris d'une violente hémorragie gastrique qui s'accompagne de syncope et se traduit par des hématomèses rouges et du méloena. Le Dr Hourlier porte le diagnostic d'ulcère. Le méloena se prolonge pendant une huitaine de jours, l'anémie posthémorragique est très intense et se répare lentement.

Le 28 novembre 1917, le malade conserve des troubles gastriques, les digestions sont douloureuses et le malade s'alimente difficilement. Il est alors admis à Lariboisière (service du Dr Bensaude). Le Dr Chatelin confirme le diagnostic de paralysie générale. La réaction de Bordet-Wassermann est très fortement positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien; hyperalbuminose et lymphocytose rachidiennes. Le malade reçoit 10 injections d'hectine. Il est immédiatement très amélioré au point de vue général comme au point de vue gastrique, et peut se réalimenter normalement.

Depuis lors, aucun trouble digestif ne réapparaît, et grâce à plusieurs séries de piqûres d'hectine, l'état général se maintient, le malade peut continuer à faire son service jusqu'au 11 juillet 1918; à ce moment, il est atteint d'une crise dépressive, et le 27 juillet d'une hémiplegie gauche. Il succombe à la fin de l'année à l'évolution de sa paralysie générale, sans avoir présenté de nouvelles manifestations gastriques.

Observation V (Lévy-Frenckel).

Ulçère de l'estomac à forme hémorragique d'origine syphilitique.

M. V..., âgé de 46 ans, contracta en 1911, à Haïti, un chancre induré de la verge, dont la nature fut méconnue.

L'ulcération, considérée comme un simple accident local, guérit spontanément. Il n'y eut jamais d'accidents secondaires, et le sujet n'avait jamais ressenti aucun malaise gastrique. Brusquement, et, semble-t-il, sans prodromes, survint, en novembre 1923, une petite hématomèse suivie à quelques heures d'intervalle, d'une hématomèse abondante; le malade fut presque saigné à blanc. Un Wassermann fait à ce moment fut trouvé positif, et le malade reçut 11 injections de cyanure, une injection de 606 et 10 de 914, la dernière le 26 mai 1924. Aucune hématomèse ne se reproduisit depuis cette époque.

M. V..., arriva en France en mai 1924. Le Wassermann et le Hecht sont négatifs. Cependant, une radiographie faite à ce moment montra, outre une légère augmentation du diamètre de l'aorte, un estomac descendant jusqu'à la ligne bi-iliaque, très contractile, mobile, non douloureux au palper.

Du côté de l'aire prépylorique existait une déformation en forme de lacune, qui parut être une lésion pariétale et la cause des hémorragies de novembre 1923. L'estomac se vidait normalement (Dr Ch. Guilbert).

Le traitement spécifique fut repris sous forme d'injections d'hydroxyde puis de carbonate de bismuth (2 séries de 15 injections par an), alternant avec des suppositoires Hg et des capsules de lipiodol. En juillet 1925, un nouvel examen radiographique (Dr Richard) montra l'intégrité parfaite de l'estomac, qui a repris une position normale.

Observation VI (in thèse Baulot (obs. 2).

Syphilis gastrique à forme d'ulcère. Méléna. Manifestations à rechutes qui cèdent chaque fois au traitement spécifique.

M. C. P., 60 ans, chancre induré à l'âge de 24 ans. Depuis quelques années, à la suite d'une pleurésie, il présente du

PLANCHE I



Observation V

PLANCHE II



Observation V

catarrhe chronique des bronches. Fréquentes alternatives de constipation et de diarrhée, mais jamais de douleurs bien vives du côté de l'estomac.

Le 3 octobre 1909, en arrivant à Naples, il est atteint d'une indigestion, suivie de diarrhée, avec des selles noires comme du goudron, qui se répètent deux jour de suite. L'estomac reste ensuite douloureux, avec tympanisme abdominal, état vertigineux et sensation de grande fatigue.

Le 15 octobre 1909, il arrive à Paris et vient consulter l'un de nous. Il accuse toujours de vives douleurs d'estomac, et sa diarrhée a fait place à une constipation persistante. Affaiblissement marqué et amaigrissement de 4 kilos en un mois. On prescrit le repos au lit, le régime lacté et du bismuth.

Le 22 octobre 1909, le malade continuant à souffrir malgré le traitement, on commence le traitement spécifique; une piqûre de 1 centigr. de biiodure de mercure par jour. Dès la seconde piqûre, le malade ressent une amélioration notable, qui s'accuse davantage les jours suivants et lui permet bientôt de reprendre ses occupations.

Le 15 novembre, il repart pour Lisbonne tout à fait bien.

Au bout de quelque temps, il est repris, à Lisbonne, de nouveaux accidents à type d'ulcère, avec mélena. Le traitement par le repos au lit, le lait et le bismuth, n'ayant donné aucune amélioration, le D^r Léao lui refait des piqûres de biiodure, et immédiatement survient l'amélioration, avec augmentation de poids : le malade arrive à peser 62 kilos. Et pendant deux ans il va parfaitement bien.

En 1912, à Paris, il est repris de troubles digestifs qui cèdent à nouveau aux piqûres. Après quoi il se porte très bien et peut manger et boire comme tout le monde.

En août 1913 à Rio de Janeiro, reprise des troubles gastriques, avec amaigrissement de 7 kilos et demi. On lui fait alors 24 injections de cyanure de mercure et 12 de biiodure. Nouvelle amélioration. Néanmoins il continue à prendre du bismuth après les repas.

Le 30 novembre 1913, nous revoyons le malade; il pré-

sente un peu d'acidité après les repas, mais s'alimente normalement. A la radioscopie : estomac hypertonique, de forme normale, s'évacuant rapidement, sans douleur à la pression, sans niches ni lacunes. La réaction de Bordet-Wassermann recherchée par M. Carriou le 1^{er} décembre 1913, est négative. Poids : 53 kilos.

Depuis lors, le malade s'est toujours très bien porté, il est actuellement, en dépit de son âge, en excellente santé.

Observation VII (in Grenet, Levent et Péliissier).

Ulcère syphilitique de l'estomac. — Mort presque foudroyante par hématomèse.

Le 24 octobre 1923, dans la soirée un homme de 54 ans est amené sans connaissance dans notre service. Son médecin l'ayant trouvé dans le coma avait posé le diagnostic d'urémie probable et l'avait envoyé à l'hôpital.

L'interne de garde fait immédiatement une ponction lombaire et une petite saignée. Dans la nuit le malade est agité, le matin on s'aperçoit que ses draps sont abondamment souillés par des selles sanglantes. Les hémorragies continuent, le pouls est misérable et le malade succombe le 27 octobre.

Les auteurs apprennent que le liquide C. R. normal au point de vue cytologique présentait une réaction de Wassermann fortement positive. Au moment de faire l'autopsie nous constatons du sang à la bouche du cadavre. A l'ouverture de l'estomac, nous trouvons, immédiatement au dessous du cardia, quatre ulcérations arrondies, dont deux, situées vis-à-vis l'une de l'autre, ayant environ le diamètre d'une pièce de deux francs, les deux autres plus petites. Elles sont planes, à bords peu saillants. Il existe d'autre part une aortite intense.

Les auteurs ont appris que, peu auparavant, le malade avait été soigné pour une légère bronchite et qu'il n'avait jamais accusé de troubles digestifs. Il s'agit pour eux, ici, d'une manière incontestable, d'une hémorragie presque foudroyante due à des gommès ulcérées de l'estomac.

L'ULCÈRE A TYPE PERFORANT

La perforation est la complication classique de l'ulcus habituel, c'est un accident des plus graves qui entraîne fréquemment la mort des malades et qui est très redouté à juste titre. Quand cette éventualité survient inopinément, il est bien rare que le médecin pense à la syphilis. D'ailleurs ici le seul traitement à envisager est l'intervention rapide, lorsqu'on peut arriver à temps, l'expectative opératoire quand la péritonite s'est organisée et a pu se limiter.

Les cas d'ulcère syphilitique à type perforant sont encore exceptionnels dans la littérature médicale. Il est classique de citer quatre cas avec examen histologique confirmatif, ceux de Flexner, de Fraenkel, de Schreib et celui de Cesaris Demel, dans lequel il n'y a pas eu perforation à proprement parler, mais inondation hémorragique du péritoine. Dans tous ces cas les accidents de perforation furent précédés d'une période plus ou moins grande de troubles gastriques. Deux fois il y avait eu antérieurement des gastrorragies et le diagnostic d'ulcère simple avait été posé.

Dans un cas récent de Favre cité par Reboul dans sa thèse, que nous rapportons plus loin, il s'agit d'un tabétique ignoré et non soigné qui perfora une gomme ulcérée deux mois après le début du traitement arséno-

benzolique. Peut-être y a-t-il eu là une réactivation locale du processus spécifique, ainsi que le fait se produit quelquefois après un traitement énergique chez un malade non soigné depuis longtemps, réactivation qui a abouti à la destruction ultime de la tunique gastrique ?

Nous apportons nous-même une observation inédite et très démonstrative. On y verra que la perforation est venue signer le diagnostic de syphilis gastrique probable que nous avons porté dès le prime abord, avant que l'examen du chimisme gastrique et radiologique ait pu être pratiqué. La biopsie, comme dans le cas de Favre, est venue appuyer l'impression clinique.

Observation VIII

(Inédite, communiquée par le Dr Schulmann).

Ulcus syphilitique fruste perforé. Opération, guérison.

M. Bertrand D..., 37 ans, vient consulter à l'Hôte-Dieu dans la service du Pr Roger en juillet 1920 pour une sensation de pesanteur gastrique existant depuis quelques semaines, pas d'horaire spécial, pas de vomissements, tout au plus par moment un état nauséux :

Le malade est marié, père de deux enfants bien portants, mais il raconte avoir eu un chancre au régiment, soigné pendant deux ans, avec une médication mercurielle surtout par voie digestive. L'examen montre seulement une leucoplasie jugale des deux côtés et une langue scrotale assez typique. La réaction de Wassermann est faite, elle est pleinement positive.

Nous demandons au malade de revenir pour une radiographie quand la veille du jour où celle-ci devait être faite il est pris d'une douleur extrêmement vive à l'épigastre,

il devient livide, a un vomissement. Il est transporté d'urgence à l'hôpital où l'interne de garde, qui le connaissait, porte le diagnostic d'ulcus perforé et demande le chirurgien de garde.

L'examen montre une sensibilité plus grande au creux épigastrique ou une contracture sus-ombilicale nette.

L'opération a lieu aussitôt. Après laparotomie on trouve un estomac petit, un peu rétracté, scléreux, adhérent en plusieurs points aux viscères voisins notamment au duodénum. On trouve un épaississement marqué au niveau de la petite courbure où il existe un ulcère vraisemblablement ancien et en voie de perforation. Il n'existe pas à cet endroit de liquide suspect. Le chirurgien fait un enfouissement de la zone malade. Le malade, très choqué, reste dans un état très précaire pendant dix jours, il est ensuite, dès qu'il est mieux, mis aux frictions mercurielles et pendant sa convalescence il reçoit 4 grammes de novarsénobenzol. Il sort en bon état de l'hôpital et il est revu quatre mois plus tard, à l'occasion d'une reprise de traitement, complètement guéri.

L'examen de la pièce a été fait et a montré la vraisemblance du diagnostic de perforation d'une gomme gastrique ulcérée sise en plein tissu scléreux.

Observation IX. (Favre in thèse Reboul n° 1).

Syndrome d'ulcère gastrique chez un tabétique, perforation au cours du traitement, intervention chirurgicale. Mort.

(Résumé).

D..., 57 ans, maçon, entre salle Detroyat le 30 mai 1923. Il se plaint d'éprouver depuis quelques jours de fréquents malaises, s'accompagnant de vertiges, de sensations d'extrême faiblesse et de violente oppression.

Pas d'antécédents héréditaires importants, le malade très fatigué ne donne que peu de renseignements sur lui-même et sur l'histoire de sa maladie. Ethylisme certain.

Ce qui frappe dès l'abord, c'est la pâleur impressionnante, les différents examens sont peu intéressants mais l'étude du système nerveux montre :

Une abolition totale du réflexe rotulien gauche, la disparition des réflexes tendineux des deux pieds. Les pupilles égales se contractent bien à la lumière sans toutefois maintenir longtemps leur contraction. Le malade présente du Romberg mais on ne peut en tenir compte en raison de son état accusé de faiblesse. Pas de Babinski. La spécificité que cet ensemble de signes oblige à envisager est énergiquement niée.

Le malade est traité depuis 3 jours quand apparaît un nouveau symptôme d'importance capitale, donnant une orientation précise au diagnostic et fournissant en même temps l'explication des signes si frappants d'anémie. Pendant 3 jours apparaissent des selles marc de café, pâteuses, correspondant à des méloenas abondants. L'examen de l'abdomen ne fournit aucun renseignement nouveau : le ventre est toujours souple, non douloureux, spontanément, et à la palpation à tous les étages.

Un interrogatoire serré sur le passé gastrique indique de violentes douleurs il y a quelques mois survenant sans aucune périodicité et sans relations avec les repas. Il semblait au malade qu'on lui comprimait le creux épigastrique : les crises duraient de dix à quinze minutes et disparaissaient aussi brusquement qu'elles étaient apparues. C'est au cours de ces périodes douloureuses qu'il remarqua que ses selles avaient pris l'aspect de boudin et qu'il évacuait même des caillots.

Le malade avait en plus été traité il y a quatre ans pour une sciatique qui persista deux mois et il a depuis plusieurs semaines des sensations d'élancements dans les membres inférieurs qu'il compare à des décharges brusques l'obligeant à plier les jambes.

Après bien des hésitations il avoue enfin avoir contracté la syphilis il y a quatre ans, mais il s'est toujours refusé

à l'admettre et à se laisser traiter. On retrouve la syphilis du chancre, la réaction de Wassermann est positive et le malade est admis au traitement.

Au bout de deux mois, après une série de novarsénobenzol de 0 gr 15 à 0 gr. 90 le sujet est transformé.

Le 24 juillet de la même année le malade vient se faire faire une injection de 914 dans le service du D^rFavre quand il est pris de vives douleurs et transporté d'urgence dans le service chirurgical du P^r Bérard.

Examiné à 11 heures du soir il souffre terriblement de la région épigastrique, et beaucoup plus qu'au moment de ses anciennes crises : grosse contraction douloureuse sus-ombilicale, pas de vomissements. Pouls : 90. Température : 38,4. Refroidissement des extrémités. On porte le diagnostic de perforation.

Intervention. — Perforation lenticulaire d'un ulcus calleux de la petite courbure. Enfouissement incomplet, épiploplastie. Liquide louche dans le ventre.

Suites opératoires : abondantes fistules gastriques; affaiblissement progressif sans signes marqués de péritonite. Décès le 31 juillet à onze heures du matin.

L'autopsie ne nous apprend rien de nouveau.

Par contre l'examen histologique (Favre) dont nous reparlerons confirmera le diagnostic.

L'ULCÈRE A TYPE STÉNOSANT

Cette forme anatomique se confond volontiers avec les sténoses organiques pyloriques ou médiogastriques dont nous avons précédemment parlé. Après un stade de temps variable où une épine ulcéreuse crée des modifications de contractilité musculaire, une étape congestive et inflammatoire intervient qui précède elle-même une étape fibreuse et fibro-scléreuse. On conçoit la différence du pronostic thérapeutique proposé, alors qu'au début une médication antispécifique quelconque fait merveille, les lésions cicatricielles organisées, seule une opération chirurgicale peut agir, l'existence ou la disparition des lésions ulcéreuses primitives ne jouant plus qu'un rôle de second plan.

S'il s'agit, comme le cas est fréquent, d'irritations juxta-pyloriques, avant d'avoir une véritable rétention il y a d'abord un spasme intermittent qui varie chaque jour avant de devenir permanent. Ceci constitue ce qu'on a jadis nommé le syndrome de Reichmann. Nous n'insisterons pas ici sur sa description, son aspect radiologique, l'étude chimique du liquide de stase obtenu. Il faudra toujours penser à la syphilis et rechercher dans chaque cas les antécédents avec soin et surtout dans deux éventualités : lorsque le liquide retiré n'est

pas connu c'est l'habitude hyperchlorhydrique et lorsque le type douloureux revêt une acuité plus grande la nuit.

Les localisations ulcéreuses de la petite courbure donnent lieu fréquemment à un spasme médio-gastrique visible sur l'écran au milieu des phénomènes d'hyper-tonie et d'hyperkinésie gastrique. Ce type clinique a été bien étudié jadis par Lœper et Schulmann qui l'ont individualisé. En effet dans la concavité de la petite courbure se ramasse un gros paquet vasculo-nerveux : les ramifications de la coronaire stomachique et du tronc du pneumogastrique gauche. La couche musculaire présente un fort épaissement décrit par Helvétius et cette cravate musculaire, irritée en permanence par l'ulcère, étreint l'estomac et fait naître les contractions spasmodiques qui aboutissent à la grande courbure en regard de l'ulcus. Cannon a montré que le spasme médio-gastrique ébauche une biloculation spasmodique qui progressivement se constitue. « L'estomac biloculaire ou en sablier, écrit Lœper, reste la marque à peu près exclusive de l'ulcère de la petite courbure. »

De nombreuses discussions ont été engagées sur la modalité symptomatique de l'ulcus de la petite courbure, on en trouvera le détail dans les thèses de Caillé et de Delort.

Le syndrome décrit par Lœper et Schulmann, traduit surtout une participation plus marquée du nerf vague caractérisée par des nausées persistantes, de la sialorrhée, de la bradycardie avec exagération du ré-

flexe oculo-cardiaque, est fonction de lésions névritiques importantes. C'est dire combien il est logique de rechercher toujours la syphilis qui se prête si aisément aux envahissements conjonctivo-fibreux des vaisseaux et des nerfs.

Une statistique systématique avec recherche soigneuse des antécédents des malades et de leur état sérologique serait du plus haut intérêt.

LES ULCÉRATIONS GASTRIQUES DE LA PÉRIODE SECONDAIRE

Nous avons vu qu'à la période secondaire de la syphilis on peut observer des désordres digestifs variés : troubles gastrologiques et dyspeptiques avec amaigrissement, crises de gastro-entéralgie avec vomissements, anorexie ou au contraire boulimie. Ces manifestations sont de nature très discutée. Elles peuvent relever évidemment de l'infection syphilitique elle-même, ou bien de troubles névropathiques surajoutés, ou encore de l'action sur la muqueuse gastrique d'un traitement mercuriel ou ioduré.

Cependant la fréquence des lésions ulcéreuses secondaires sur les muqueuses rend bien invraisemblable l'existence d'ulcères syphilitiques secondaires rapportés par quelques auteurs.

Keser cite le cas d'une jeune fille atteinte de douleurs gastriques et d'hématémèses au quatrième mois de la syphilis et guérie par le traitement mercuriel. Mamuela rapporte l'observation d'un malade sans passé gastrique avant son chancre, présentant en période secondaire

des vomissements, des douleurs gastriques, des hématomèses et même du méléœna, guéri rapidement et définitivement par le traitement spécifique. Baylac et Chamayou, Kemp, ont apporté d'autres faits de même ordre.

L'hypothèse des ulcérations secondaires gastriques est probable il s'agit de lésions superficielles, d'exulcérations plutôt que d'ulcérations vraies, ne se traduisant vraisemblablement par aucune modification du chimisme, en dehors bien entendu de la constatation d'hémorragie possible et par aucune image radiographique typique. Seule, en dehors de la preuve thérapeutique, la gastroscopie pourra peut-être les mettre un jour en évidence.

LES FORMES FRUSTES DE L'ULCÈRE GASTRIQUE

LES ULCÈRES DISSIMULÉS

A côté des cas typiques où l'ulcère gastrique revêt son cortège symptomatique complet il existe de nombreuses affections qui sont baptisées dyspepsie, aérophagie ou gastrite et qui relèvent d'altérations ulcéreuses. A ces formes frustes ou latentes Lœper a donné le nom d'ulcères dissimulés, montrant par là qu'il faut faire effort pour les découvrir, abrités qu'ils sont par une symptomatologie très discrète. Pour être peu bruyantes, ces ulcérations peuvent aboutir aux mêmes complications qu'une maladie de Cruveilhier bien évidente, entraîner une sténose orificielle, une biloculation, voire même une perforation.

Nous renvoyons pour le détail à la belle étude clinique de Lœper qui distingue trois types principaux. Dans la forme la plus habituelle, il s'agit de douleurs tardives, épigastriques avec accessoirement des nausées ou des vomissements; dans un second type on peut ranger ce que les anciens auteurs nommaient dyspepsie sensitivo-

motrice, enfin certains états de flatulence marquée avec distension pénible des côtes gauches peuvent masquer complètement l'existence d'un ulcus gastrique.

Le tableau d'ailleurs pourrait être agrandi, mais ce qu'il en faut retenir, c'est l'existence toujours possible d'une ulcération sous le masque du plus banal symptôme gastrique.

Il demeure évident qu'en dehors de présomption comme le cas existait dans les deux observations que nous rapportons et qui nous semblent très démonstratives, la première idée est d'appliquer un régime et de calmer le tonus gastrique. Si le résultat tarde à récompenser l'effort du médecin, il y aura lieu de penser à une lésion syphilitique de la muqueuse. Des essais thérapeutiques tentés dans des cas douteux à tout hasard ont réalisé des cures stupéfiantes.

Observation X

(Inédite, communiquée par le Dr Schulmann).

Douleurs tardives, nausées et vomissements symptomatiques d'un ulcus chez un ancien syphilitique.

Terv. Jacques, 29 ans, voyageur de commerce, vient consulter à l'hôpital St-Louis, à la clinique du P^r Jeanselme, en avril 1924 pour des troubles digestifs. Depuis 6 mois il souffre dans la région épigastrique de douleurs survenant 4 à 5 heures après les repas, tardives, plus marquées après le repas du soir que du midi, calmées par la prise de bicarbonate ou de bismuth ou encore soulagées par les vomissements que provoque lui-même le malade. Il y a également un état nauséux fréquent mais intermittent.

L'examen radioscopique ne montre ni rétention ni retard à l'évacuation mais un péristaltisme très marqué. L'ombre de la petite courbure n'est pas nette mais il n'est pas possible de mettre en évidence l'existence d'une niche ou d'une tache que l'on soupçonne.

L'examen du suc gastrique montre une acidité voisine de la normale, mais fait plus important, à deux reprises les réactions de Meyer et de Weber se sont montrées positives.

L'état général est médiocre, depuis quatre mois, ce malade a perdu 4 kgr. et demi.

Nous pensons à un syndrome ulcéreux fruste et nous incriminons aussitôt la syphilis, car notre sujet a été soigné dans le service même pour un chancre 3 ans auparavant, il a suivi le traitement juste 6 mois, puis il est parti pour l'étranger, abandonnant tous soins. Actuellement sa réaction de Wassermann donne Ho.

Sans nous occuper d'un traitement local, en ne prescrivant aucun régime restrictif, nous mettons le malade au bismuth et injections deux fois par semaine 0 gr. 32 de sel (Curalues). Après la 4^e piqûre les douleurs ont disparu, il ne subsiste qu'une pesanteur qui disparaît au bout de 3 semaines. A la fin de la série de 15 injections, le malade est tout à fait transformé, il s'alimente avec les mets les plus indigestes sans crainte aucune et il reprend du poids.

Observation XI

Inédite (Communiquée par le D^r Schulmann).

Pesanteur gastrique avec tiraillements rebelles aux régimes chez une ancienne spécifique guérie par le traitement.

Bal... Berthe, 36 ans, femme de chambre, ancienne malade spécifique soignée à l'Hôpital Broca dans le service du D^r Hudelo avant la guerre et qui depuis n'a eu qu'à de rares intervalles quelques séries de piqûres. Elle vient à la

consultation du soir de Saint-Louis pour des vertiges, des bouffées de chaleur, des tiraillements gastriques qui surviennent après l'ingestion alimentaire et durent de deux à quatre heures.

Nous soupçonnons l'éthylisme, la réaction de Wassermann se montrant négative et nous prescrivons un régime et des poudres alcalines. Au bout de deux mois il n'y a aucune amélioration mais par contre quelques vomissements sont apparus dont l'un avec une petite quantité de sang.

Nous demandons une radioscopie qui ne donne pas de renseignements précis : il n'y a ni stase, ni déformation de l'image gastrique, le péristaltisme est exagéré mais on ne détermine pas de point net douloureux dans l'écran.

Le tubage ne donne pas non plus d'indication.

En raison des antécédents connus de la malade nous prescrivons un traitement arsenical et elle reçoit 5 gr. de novarsénobenzol en 6 semaines. La réaction de Wassermann refaite après le deuxième piqûre se montre à moitié positive H^3 , ce qui est l'indice d'une réactivation. La pesanteur diminue et au bout du traitement la malade se déclare tout à fait soulagée, tandis que la réaction de Wassermann est redevenue négative.

ULCERATIONS GASTRIQUES ET SYPHILIS NERVEUSES

Nous avons vu à plusieurs reprises, notamment en parlant de l'ulcère de la petite courbure les rapports de certaines symptômes avec les altérations nerveuses. La syphilis nerveuse détermine-t-elle à elle seule des symptômes fonctionnels gastriques autonomes. Détermine-t-elle des lésions de l'estomac qui apparaissent comme des troubles trophiques purs, indépendant de toute gastropathie antérieure. Ou encore n'y a-t-il que coexistence fortuite entre deux localisations différentes de la vérole ?

Les crises gastriques du tabes, si l'on en croit Charcot et la conception classique, sont d'origine purement nerveuse et ne sont nullement dues à une lésion gastrique, en dépit des hématémèses qui fréquemment les compliquent.

Crouzon cependant trouve à l'autopsie d'un tabétique qui avait eu des crises gastriques avec hématémèses et mélocœna des lésions de la muqueuse vraisemblablement spécifiques et rappelant la linité. Hayem et Lion re-

latent des cas de crises gastriques accompagnant des syphilomes du pylore. Des faits voisins sont apportés par des auteurs étrangers Wayncop, Ewald et Schuller. Castaigne publie des observations de syphilitiques, offrant des signes d'ulcus radioscopiques vérifiés, ayant des signes de tabes fruste. Il se demande si des lésions stomacales spécifiques ne peuvent pas être à la base de certaines crises gastriques tabétiques, surtout dans les formes qui s'accompagnent de gastrorragies, au même titre que des lésions spécifiques peuvent être à la base d'arthropathies tabétiques.

A l'étranger J. Schumann, Full et Friedrich, Crohn discutent les rapports de l'ulcère gastrique et du tabes, ce dernier auteur nie la possibilité d'une coïncidence, et estime qu'il s'agit de deux manifestations d'une même cause. Il est possible sinon probable que le facteur nerveux s'associe dans ces cas aux lésions inflammatoires spécifiques locales pour conditionner l'ulcération de la muqueuse gastrique.

Réciproquement, la lésion ulcéreuse peut-elle à son tour être la cause de certaines crises de même que les lésions spécifiques articulaires paraissent contribuer à la formation des arthropathies tabétiques? Est-elle, comme le pense Castaigne, le premier stade du syndrome crise gastrique? L'intégrité anatomique de l'estomac longtemps soutenue paraît très battue en brèche quand on étudie avec soin en coupes sériées les vaisseaux et nerfs de la muqueuse.

Bonchut qui a étudié les lésions de gastro-radiculite

liées à l'ulcus gastrique, après lui Savignac et Alivisatos ont décelé des lésions très étendues de névrite partant du foyer ulcéreux pour se ramifier en différentes directions.

Le problème demeure très délicat à trancher : syphilis avec lésions médullaires ou radiculaires ou bien ulcus avec névrite consécutive.

Mais le tabes ne provoque pas seulement des crises : il peut s'accompagner pendant toute son évolution de troubles dyspeptiques chroniques sur lesquels Lœper et Oppenheim ont attiré l'attention. Ces auteurs décrivent quatre aspects différents :

Crampes précoces, ballonnement ou flatulence, douleurs tardives, ou encore véritable paralysie gastrique. Ce sont là des équivalents atténués et prolongés de la crise, fonction du tabes lui-même, justiciables d'un mécanisme analogue, attribuables aux mêmes localisations nerveuses. Et les auteurs de conclure : la crise gastrique dépend d'une poussée de méningo-radiculite subaiguë, les états dyspeptiques d'une méningo-radiculite chronique et progressive, l'une tient à l'excitation brutale de toutes les parties sensibles du plexus solaire, les autres à l'épuisement progressif de ce même plexus et à la prédominance désordonnée du vague dans l'innervation de l'estomac.

Grenet et ses collaborateurs estiment qu'il y aurait grand intérêt à examiner systématiquement les fonctions gastriques de ces malades et à rechercher s'ils sont absolument indemnes de tout signe de gastrite vraie.

L'hypo-acidité et l'hypochlorhydrie que l'on rencontre chez les tabétiques montre que la crise n'active en rien la fonction sécrétoire de l'estomac, cette hypo-acidité, se demande Rafinesque, n'est-elle pas due à des lésions de gastrite diffuse analogues à celles qui sont signalées dans les observations de syphilis gastrique classique. Dans le même ordre d'idées Eichorst décrit des lésions de gastrite interstitielle hypertrophique à l'autopsie d'un sujet atteint de crises tabétiques.

Quelques auteurs ont soutenu que l'ulcère gastrique pouvait dans certains cas être à la base de la crise tabétique. Castaigne constate que sur 40 malades atteints d'ulcération gastrique 8 ont eu un Wassermann positif et 3 ont des signes de tabes incipiens.

Il est difficile d'interpréter tous les faits cliniques et anatomiques d'une façon univoque. Il existe sûrement des liens de passage entre l'ulcus gastrique vrai isolé avec ces lésions nerveuses du pneumogastrique dont nous avons parlé et les gastro-radiculites liées aux crises gastriques véritables. Le lien commun est de toute évidence la syphilis et si les résultats thérapeutiques sont souvent différents il y a là une organisation pathologique encore inconnue sur laquelle nous ne pouvons que faire de prudentes réserves.

Cette résistance au traitement de certaines crises gastriques, alors que d'autres s'améliorent rapidement a été rapprochée de l'incurabilité d'autres localisations de syphilis nerveuse. Cade et Morenas font d'ailleurs justement remarquer qu'il y a certains ulcères syphi-

litiques, ulcères de jambe en particulier, sur lesquels le traitement spécifique est inopérant.

Le syndrome crise gastrique tabétiforme peut d'ailleurs être réalisé en dehors du tabes du seul fait de l'ulcus ainsi qu'en font foi les observations de Babinski, S. Chauvet et Durand. Ce qui donne dans ces cas une allure paroxystique est-ce l'association d'altérations nerveuses centrales ou périphériques ?

Nous avons signalé en étudiant l'ulcère perforant une belle observation de Favre terminée par exitus. Nous donnons ci-après une autre observation du médecin lyonnais où sur un syndrome d'ulcus typique avec hématomatose est venu se greffer un tabes incipiens.

Observation XII

(Favre in thèse Reboul, observ. II).

Hématémèses abondantes chez un malade présentant des crises gastriques typiques, révélatrices d'un tabes au début.

(Résumée).

L. F., 51 ans. mécanicien. Entre le 27 avril 1923 salle Detroyat. Se plaint de douleurs d'estomac et aurait présenté la veille un vomissement de sang noir goudron qui l'ont alarmé.

Ni antécédents héréditaires ni personnels importants.

Le début des troubles actuels remonte à 1915. C'est alors qu'il était au front que sont apparues les premières douleurs d'estomac. Ces douleurs extrêmement intenses siègent au creux épigastrique et irradient en ceinture jusque dans le dos. D'apparition variable elles sont sans rapport avec l'heure des repas, suivant la nature de l'alimentation. Ces

paroxysmes douloureux durent un, deux jours, puis cessent brusquement et le malade redevient un homme normal, se réalimentant largement, ne s'astreignant à aucun régime et digérant tout.

Jusqu'alors ni vomissements, ni hématoméses, ni mélœnas.

Il y a un mois, après une longue période de rémission, les crises sont réapparues avec les mêmes caractères qu'autrefois mais de plus en plus violentes, bientôt intolérables. C'est au cours d'un de ces paroxysmes extrêmement douloureux que sont apparus les vomissements noirs goudron qui ont tant alarmé le malade par leur répétition, leur abondance, les phénomènes généraux qui les ont accompagnés.

Après l'examen peu instructif des différents appareils, la recherche des signes nerveux montre : un affaiblissement des deux réflexes achilléens, celui du côté gauche étant pour ainsi dire aboli, de même les réflexes médio plantaires. Les pupilles sont en myosis, irrégulières, la droite réagissant bien aux deux modes, la gauche presque immobile. Pas de trouble de la sensibilité cutanée mais sensibilité profonde très émoussée.

Diagnostic : crises tabétiques avec ulcérations conditionnant les hémorragies. Le malade nie la vérole, la réaction de Wassermann ainsi que celle de Hecht est négative dans le sang, il n'existe aucun stigmate cutané suspect d'une syphilis latente.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre par contre :
Albuminé : 1 gr. 20.

Sucre : hyperglycorrachie.

Cytologie : Pas d'éléments cellulaires.

R. de Wassermann : Faiblement positive.

Le traitement spécifique donne des résultats remarquables, il engraisse de 11 kilos, il n'éprouve plus aucune espèce de douleur gastrique, enfin les symptômes d'ulcère qu'avait présentés le malade ne sont pas réapparus : ni hématomèse ni mélœnas n'ont été signalés. La recherche des hémorragies occultes est restée négative.

LES LOCALISATIONS DE L'ULCUS GASTRIQUE DES SYPHILITQUES

L'allure clinique d'un ulcus gastrique est avant tout fonction de sa localisation et le diagnostic du siège, comme l'ont justement écrit Saloz, Cramer et Moppert dans leur rapport au XVI^e Congrès de Médecine, précède presque toujours celui de la lésion.

Nous ne reprendrons pas ici en détail le diagnostic topographique des ulcères gastriques auquel le P^r Lœper et Marchal ont consacré un mémoire des plus intéressants.

Alors qu'il existe des zones gastriques indifférentes ou peu sensibles, la face antérieure, la face postérieure et la grande courbure, les localisations juxta-cardiaques s'individualisent et surtout il y a lieu de bien séparer les deux régions les plus particulièrement sensibles du viscère, la petite courbure et le pylore. Une étude détaillée que nous ne croyons pas de mise ici étudiera « la valeur clinique respective de la douleur, de son horaire, de ses irradiations, de l'hématémèse, de sa fréquence et de son importance; des vomissements, de

leur caractère et de leur abondance; de la sécrétion, de son intensité et de son chimisme; de la radiologie et des notions de spasme et de déformation qu'elle apporte ».

Par ailleurs, il faut également savoir qu'une lésion de l'estomac peut retentir sur plusieurs de ses fonctions : c'est ainsi, écrivent Løper et Marchal, que les spasmes orificiels peuvent compliquer des lésions extra-orificielles (Enriquez, Handeck, Bouchut), et que des ulcus du pylore peuvent se compliquer de spasmes rétrogrades (Holder, Heyrowski); c'est ainsi que des lésions nerveuses ajoutent à des syndromes jusque-là assez nets, tout un cortège de symptômes nouveaux et troublants. C'est ainsi enfin que l'extension des lésions ou leur multiplicité se combinent pour produire des tableaux très différents des schémas classiques.

Existe-t-il un territoire gastrique qui soit plus volontiers réservé à l'infection spécifique? Speder s'est livré à cette recherche aux cours de très nombreux examens radiologiques du viscère. Sur plusieurs milliers de clichés il n'a jamais observé ni ulcère ni cancer du dôme ou de la moitié supérieure du corps de l'estomac, alors qu'il a observé au moins 22 cas de lésions syphilitiques de la paroi gastrique à ce même niveau. Speder écrit aussi que la petite courbure, le fond et le canal évacuateur représentent la zone de prédilection de l'ulcère, zone où l'on observe également le cancer, qui affectionne toutefois la moitié inférieure de l'estomac. Par contre, au niveau du dôme et de la moitié supérieure du corps de l'estomac où ne siègent jamais d'ulcère ni

de cancer on observe des lésions syphilitiques avec la même fréquence que dans les autres parties de l'estomac. Il est bien difficile de trouver une explication à ces localisations : il semble que la ceinture musculaire oblique de Forsell avec son faisceau inférieur, limitant nettement le corps et le sinus (ou fond de l'estomac ou tubérosité inférieure), forme précisément la limite droite de la zone où Speder n'a jamais observé que des lésions syphilitiques, cette zone répond physiologiquement à une partie de la muqueuse qui joue un rôle passif de dilatation, de régulation, de pression et de brassage large, alors que le fond et le canal pylorique sont les segments actifs de l'estomac avec un péristaltisme très agissant.

Ces constatations radiologiques sont pleines d'intérêt et nous avons cru utile d'en faire état.

STATISTIQUE

DE L'ULCÈRE GASTRIQUE SYPHILITIQUE

Dans un travail récent, Grenet, Levent, et Pélissier écrivent qu'il n'est guère possible à l'heure actuelle de trouver une statistique donnant une idée de la fréquence de la syphilis gastrique. Voici quelques renseignements :

Chiari (1891) à l'autopsie de 243 syphilitiques (145 hérédo-syphilitiques et 98 syphilitiques) trouve 3 cas de lésions nettement spécifiques, 2 fois des gommes, 1 fois une infiltration diffuse de la paroi; dans plusieurs autres cas érosions hémorragiques que l'auteur attribue à des altérations du foie (?)

Schrumpf (1918) sur 414 cas de syphilis viscérale ne signale pas la syphilis gastrique.

Keidel et Kemp (1924) sur 412 syphilis viscérales trouvent 2 cas de syphilis gastrique.

D'autres auteurs ont recherché chez les malades d'affection gastriques combien il y avait de syphilitiques.

Smithies (1915) sur 7.545 sujets atteints de troubles digestifs divers relève 26 cas de syphilis gastrique (soit

0,34 %). Sur 1.603 individus porteurs d'affections bien caractérisés de l'estomac et du duodénum il constate :

Cancer	15 3 %
Ulcus gastrique	18 7 %
Ulcus duodénal	39 %
Gastrite	24 8 %
Syphilis	1,6 %

Gatewood sur 12.000 entrées à l'hôpital pour tous genres de maladies trouve 45 cas de syphilis du tube digestif.

Pathault (1921) sur 300 sujets atteints d'affections diverses relève 30 fois des accidents gastro-intestinaux imputables à la vérole.

La fréquence de la vérole chez les ulcéreux donne de même des chiffres très discordants :

Ewald la rencontre dans ..	10 % des cas
Lang — — ..	20 % —
Castaigne — — ..	20 % —
Lenoir — — ..	28 % —

Certains tels que Mariano Castex, Mathis voient la syphilis intervenir pour ainsi dire toujours dans l'ulcus, syphilis héréditaire avant 30 ans, acquise après cet âge.

Cade et Morenas insistent sur l'importance qu'il y a à constater d'autres lésions syphilitiques sur le même malade.

Il est évidemment très délicat d'apprécier ces chiffres

Les uns nous semblent trop faibles dans leur ensemble et en tout cas ne pas répondre à ce que nous trouvons comme proportion de malades atteints de syphilis dans notre clientèle hospitalière habituelle, voir toujours la syphilis en face d'un ulcus nous semble très exagéré.

La difficulté est grande également de faire une appréciation judicieuse des rôles respectifs de la syphilis acquise et de la syphilis héréditaire. La première semble de toute évidence bien plus souvent en cause, la seconde marquant semble-t-il plus de prédilection pour le foie et la rate.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'étudierons pas le processus possible des ulcérations syphilitiques de la période secondaire : un afflux congestif se constitue au voisinage d'un vaisseau souvent, les tréponèmes y fourmillent, à la faveur de l'état inflammatoire, une exulcération naît qui peut provoquer quelques réactions douloureuses, qui peut saigner, il s'agit, nous l'avons dit, d'une zone ordinairement très vascularisée. Tout rentre rapidement dans l'ordre, soit qu'une thérapeutique parasiticide intervienne, soit que la cicatrisation se fasse spontanément.

Les lésions les plus caractéristiques sont, de toute évidence, les organisations gommeuses et scléro-gommeuses et la forme ulcéreuse de la syphilis la plus typique correspond à l'ouverture d'une *gomme ramollie* dans la cavité gastrique. Microscopiquement, l'ulcération naît en général au niveau des lésions les plus anciennes. L'infiltration s'est ramollie, une perte de substance survient, plus souvent unique que multiple les petites lésions entrant en coalescence. Le diamètre

moyen est celui d'une pièce de 1 franc habituellement, régulière.

La plaie siège sur des placards saillants souvent atteints de gastrite chronique, c'est alors une érosion superficielle, ou plus souvent précocement elle est profonde, ses bords bien nets à la faveur de l'infiltration préexistante traversent tous les plans gastriques et la perforation en est la rapide terminaison.

Le processus infiltrant s'attaque également aux artérioles du voisinage qui sont demeurées perméables, elles s'ulcèrent, ce sont elles qui donnent lieu aux hématomèses si fréquentes et de pronostic parfois si inquiétant.

Ainsi donc, macroscopiquement il n'est pas toujours aisé de faire un diagnostic certain avec l'ulcus rond de la maladie de Cruveilhier.

Hemmeter cependant a voulu décrire un type spécial à l'ulcère syphilitique : Ses bords sont irréguliers, plutôt taillés à pic et jamais n'ont l'aspect en gradin si typique dans l'ulcère banal, dans un entonnoir à pointe intérieure ou ont des dépôts jaunâtres et gélatineux. Avec le temps d'ailleurs, reconnaît Hemmeter, la fonte gommeuse s'atténue et s'estompe, elle est peu à peu remplacée par un envahissement scléreux.

Histologiquement. — L'ulcère siège en plein tissu de néoformation tréponémique, le microscope montre dans le voisinage une infiltration scléreuse, des nodules gommeux, des lésions vasculaires d'endartérite et d'endo-

phlébite oblitérantes; il n'est pas jusqu'au péritoine qui, après l'envahissement des diverses tuniques, ne soit épaissi et adhérent en regard de l'ulcère.

Les auteurs lyonnais, à la suite de Tripier, ont beaucoup insisté sur l'importance des lésions vasculaires, fait cependant habituel dans tous les processus spécifiques. L'ulcère résulterait, selon Cade et Morenas d'altérations inflammatoires destructives par oblitérations vasculaires suivies de nécrose dans le tissu sous-jacent.

Dans la belle observation de Favre que nous avons signalée (observation I de la thèse Rebrul), l'auteur étudie très minutieusement la lésion ulcéreuse prélevée après la mort. Nous en donnons ici l'essentiel.

Microscopiquement ce qui frappe au simple examen des fragments gastriques prélevés au voisinage de la rupture, c'est l'énorme épaissement des tuniques gastriques. Les parois de l'estomac ont presque doublé d'épaisseur, elles sont dures, résistantes, hypertrophiées en masse.

L'examen, à un petit grossissement, révèle des lésions extrêmement diffuses et qui intéressent toute l'épaisseur de la paroi gastrique. La couche des glandes manque en certains points et c'est la sous-muqueuse gastrique qui vient alors affleurer la surface de l'estomac. Dans les points où elle est conservée, la couche glandulaire présente des lésions de signification inflammatoire : il existe une infiltration entre les glandes dont les culs-de-sac sont séparés les uns des autres, mais constitutives des glandes gastriques. La partie

supérieure de cette couche glandulaire est, le plus souvent, homogène, très altérée, les cellules y sont difficilement colorables. Au sein de cette muqueuse, dans les points où la structure reste avec les caractères que nous avons indiqués, on trouve en quelques endroits, de petits infiltrats lymphoïdes, des sortes de cavités kystiques revêtues d'une fine enveloppe conjonctive, qui sont creusées au sein même de la couche glandulaire, dans sa partie profonde... En ces points, où la muqueuse ne paraît pas profondément modifiée, sinon par un processus de gastrite interstitielle, les glandes s'arrêtent à la musculaire muqueuse, partiellement conservée et épaissie. Mais en d'autres points, la musculaire muqueuse devient moins nette. L'aspect de la muqueuse n'est plus seulement celui d'une inflammation interstitielle et l'on voit apparaître, dans les couches profondes des glandes, des infiltrations plus ou moins étendues de cellules de signification probablement épithéliale, réunies au sein d'une cavité, dont les dimensions sont variables, ou, paraissant infiltrer diffusément, sans cavité préformée, la partie inférieure de la zone des glandes.

Nous retrouverons ces infiltrats cellulaires, non seulement dans la zone sous-glandulaire, mais aussi très profondément dans la sous-muqueuse excessivement modifiée, énormément épaissie, transformée en un véritable tissu tendiniforme. Nous les retrouverons dans la couche musculaire, qu'en certains points ils dissocient. Nous les retrouverons également dans la

région la plus externe des tuniques gastriques, région sous-péritonéale, elle-même extrêmement épaissie. Car, ce qui caractérise les modifications qu'ont subies les tuniques gastriques, c'est, non seulement ainsi que nous l'avons dit, l'infiltration diffuse par des éléments peut-être épithéliaux, mais c'est l'énorme épaissement de toutes les tuniques sous-glandulaires, c'est, pour employer l'expression qui traduit le mieux l'intensité et la nature si spéciale de ces modifications, la sclérose ou cirrhose hyperthrophique des parois gastriques. On ne saurait assez insister sur ce dernier point. Dans la région sous-péritonéale, par exemple, on rencontre d'immenses plages de tissu fibreux, qui sont encore le siège, en certains points, d'une inflammation active, laquelle se traduit par la présence de nombreuses cellules conjonctives jeunes et de lits de cellules mononucléées. En d'autres points, la fibrose est beaucoup plus avancée et le tissu bien moins cellulaire. Ces nappes de tissu fibreux enserrent des flots de tissu adipeux qui sont eux aussi en voie de transformation inflammatoire.

Les vaisseaux que l'on rencontre surtout dans la région sous-péritonéale, sont manifestement épaissis, quelques-uns sont oblitérés, et, c'est peut-être à des vestiges de ces vaisseaux que sont dus les bouquets de fibres musculaires aberrantes, véritables petits myomes, que l'on rencontre très à distance de la couche musculaire.

Il nous faut maintenant revenir sur les infiltrats

que nous avons signalés, et qui constituent, avec le processus de fibrose et d'épaississement interstitiel, le caractère le plus frappant des très curieuses et profondes lésions que fera étudier l'estomac de ce malade.

Nous avons dit que ces infiltrations se rencontraient dans des sortes de cavités, creusées au sein des tuniques gastriques mais que l'on pouvait aussi rencontrer des trames d'éléments cellulaires, infiltrées dans le tissu, réduites parfois à une seule unité cellulaire, on a des nappes sans limites précises que l'on rencontre jusque dans la tunique sous-péritonéale. Rien ne rappelle, ni dans l'aspect des éléments cellulaires, ni dans leur topographie, le néoplasme gastrique de type commun. L'aspect des infiltrats, leur diffusion au sein de tuniques épaissies, font bien plutôt penser aux lésions de la limite plastique.

Dans les points, où les cellules forment de gros amas au sein de cavités creusées dans le tissu conjonctif, elles constituent le long des parois du kyste un revêtement à assises généralement multiples, le centre de la cavité étant représenté par des cellules devenues incolores et par des débris granuleux. Ces cellules ne rappellent pas le type glandulaire gastrique. Elles sont de taille irrégulière; un très grand nombre présentent des phénomènes de picnose; quelques-unes, des signes de division indirecte. Le noyau est généralement volumineux, il présente un ou deux nucléoles. Certains de ces nucléoles atteignent d'assez grandes dimensions; ils sont répartis dans une chromatine

nucléaire disposée en un semis de petits grains un peu irréguliers. Les fixations imparfaites qui, malheureusement, ne permettent pas l'étude cytologique extrêmement précise d'une pièce d'aussi grand intérêt, ont rendu le noyau de certaines de ces cellules, homogène, entouré d'une zone de protoplasma hémateophile; mais sur ces éléments mieux fixés, l'existence de gros nucléoles est très visible.

Que sont de tels éléments ? Ils ressemblent beaucoup à des éléments épithéliaux, n'ont pas de caractères qui les rapprochent des cellules des lignées conjonctives. Nous avons dit qu'ils diffèrent presque aussi complètement des cellules épithéliales gastriques. M. le professeur Paviot, que l'examen de notre pièce a vivement intéressé, a soulevé l'hypothèse d'une origine nerveuse de ces cellules; mais, s'il s'agit de névromes, la signification de l'ensemble du processus n'en reste pas moins extrêmement suggestive. Elle l'est peut-être encore davantage, si l'on suppose que des éléments d'un névrome diffus, comme il s'en développe parfois dans les tuniques du tube digestif enflammé (appendice) ont pu présenter un caractère aussi nettement infiltrant.

La recherche du tréponème n'a pas fait l'objet de recherches particulières, il est vraisemblable qu'en dehors d'une thérapeutique les méthodes d'imprégnation puissent le mettre en évidence.

PRONOSTIC

Il est fort différent selon les cas, car l'ulcus gastrique syphilitique apparaît dans des conditions fort variables.

Si un ancien spécifique, atteint depuis un certain temps de troubles gastriques, ne veut pas se souvenir de son infection ancienne et insuffisamment soignée dans la passé, ne guide pas le médecin dans ce sillage il est fort probable que, sauf l'existence des stigmates visibles, le diagnostic restera ignoré et l'ulcère persistera. Evidemment la syphilis a une tendance évidente à guérir d'elle-même et telle plaie se cicatrisera peu à peu mais très souvent l'ulcère fera place alors à un processus scléro-gommeux dont il aura été l'épine et nous nous trouverons un beau jour en face d'une sténose cicatricielle du pylore ou d'une biloculation importante que seul le bistouri du chirurgien pourra dénouer.

Par contre certains malades attirent aussitôt l'attention du médecin sur leur antécédent vénérien, dès les premières injections médicamenteuses on assiste

à une modification des symptômes et à une amélioration importante de l'état général.

Le pronostic est donc subordonné dans une certaine mesure à la précocité de la mise en œuvre de la médication, il est bien entendu que les agents tréponémicides les plus agissants ne sauront rien faire sur un tissu de cicatrice, mais sur une gomme en voie de ramollissement leur action sera décisive.

Dans une certaine mesure l'examen radioscopique pourra aider au pronostic en montrant la souplesse de la musculaire sur laquelle s'exerce sans contrainte un péristaltisme, elle fera connaître l'organisation fâcheuse d'une diminution de perméabilité du pylore ou du canal médio-gastrique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic n'est pas toujours des plus faciles, il est évident que depuis Fournier les moyens d'investigations ont changé et les renseignements radiologiques et sérologiques sont d'un appui précieux.

La syphilis est méconnue chez le malade.

C'est le cas le plus habituel. Quelle que soit la fréquence actuelle de la vérole, le praticien, évoluant dans un milieu mondain, est souvent porté à n'y point songer. Il est bon de poser en principe qu'en présence d'une affection gastro-intestinale dont la cause première nous échappe — c'est le cas habituel de l'ulcère gastrique — il est utile de demander une réaction de Wassermann, sans préjudice d'ailleurs d'un examen clinique complet et de la recherche minutieuse des stigmates habituels de la syphilis.

Nous répétons ici qu'en cas du moindre soupçon

il est nécessaire de tenter une réactivation de la réaction de Wassermann, selon la méthode de Milian, soit en injectant à deux reprises et à cinq jours d'intervalle 0 gr. 30 de néosalvarsan, soit en prescrivant dix injections de cyanure d'hydrargyre de 0 gr. 02, une tous les deux jours. Nous avons montré dans une de nos observations l'importance de cette manœuvre.

En ce qui concerne les symptômes propres de l'ulcère syphilitique nous avons chemin faisant insisté sur deux caractères qui lui sont plus particulièrement reconnus.

Il faut toujours penser à l'infection spécifique en présence d'un *ulcère gastrique à tendance hémorragique*. Le processus anatomique engendré par le tréponème brise volontiers les vaisseaux, les erode et amène la suffusion, prélude de l'hémorragie véritable. Tout ulcère qui saigne facilement doit être tenu pour suspect.

Il faut également donner quelque prix aux *douleurs gastriques* qui revêtent le *type nocturne*. Cet horaire signalé par Rosanow, a été retrouvé plusieurs fois par différents auteurs et par nous-mêmes.

Enfin il faudra encore penser à la syphilis chez un malade *suspect* d'ulcère gastrique lorsque le régime appliqué avec sévérité n'amène qu'une amélioration médiocre, insignifiante ou nulle. Il faut être très attentif à ces actes qui s'expliquent mal chez des patients bien avertis et dociles aux conseils donnés.

La syphilis est connue mais l'ulcus est ignoré.

C'est là une éventualité plus exceptionnelle, d'autant que si le malade a été soigné convenablement il n'est point de raison qu'il fasse un jour un ulcère de l'estomac.

Il y a lieu d'abord d'éliminer certains signes fonctionnels constatés qui peuvent être d'origine extra-stomacale, vomissements ou hématemèse symptomatique d'une cirrhose ou d'une colique hépatique. La discrimination est facile.

Plus délicat est le diagnostic des ulcères dissimulés, pour employer l'heureuse formule de Loeper, qui peuvent, comme toute autre ulcération et peut-être plus qu'elle, en raison des ennemis thérapeutiques qu'ils entraînent, aboutir à la sténose orificielle, à la biloculation et même à la perforation.

La persistance des phénomènes morbides avec des accalmies prolongées, l'amaigrissement, l'anémie, l'altération de l'état général doivent attirer l'attention du médecin et l'engager à demander un examen du chimisme gastrique et surtout une radiographie.

L'examen du chimisme montre parfois un peu de liquide à jeun et un certain degré d'hyperchlorhydrie qui, chez les spécifiques, est parfois très atténué. Les recherches du sang par les différents procédés usuels seront toujours faites à plusieurs reprises.

C'est surtout l'examen sous l'écran qui permet d'aider

au diagnostic. On peut voir l'image gastrique, sa rigidité, son angulation anormale possible. Dans les cas un peu plus marqués, on découvre une petite tache plus ou moins nette, dont les contours arrondis et quelquefois festonnés limitent, ce que Hadeck a bien décrit. Nous n'insisterons point ici sur cette déformation caractéristique de la cavité ulcéreuse.

La radioscopie permettra aussi de noter d'autres lésions syphilitiques de l'estomac associés à l'ulcus, une biloculation, une sténose pylorique par exemple. Dans les cas délicats, on pourra recourir à la stéréoradiographie et aux images gastriques en série.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de l'ulcère gastrique sera entrepris dans différentes conditions.

Il s'agit d'un cas typique d'ulcère insensible à l'action du régime et du repos chez un syphilitique avéré. Aucune hésitation n'est possible, il faudra frapper fort et prolonger le traitement sans hésitation.

Le malade a une lésion suspecte, à titre de traitement d'épreuve on s'adresse à l'arsenic ou au mercure, ou au bismuth.

Il faut ici faire une discrimination.

On soupçonne un cancer ou bien on l'écarte de prime abord.

Dans le premier cas le traitement d'épreuve sera limité, car il faut toujours se méfier d'une poussée néoplasique après la médication. Dans la seconde éventualité il n'y a de précautions à prendre que celles tirées de l'âge, du poids et de l'état général du malade.

Si l'on s'en rapporte aux nombreuses observations publiées sur le traitement de la syphilis gastrique en

général, qui, à cet égard, se confond avec l'ulcus proprement dit, on voit que les différentes préparations ont été employées par les auteurs avec un égal succès.

Fournier, qui préconisait le traitement mixte iodo-hydrargyrique, a montré combien ces corps si facilement irritants sont acceptés par l'estomac des ulcéreux. Il y a là une notion qui a frappé la plupart des observateurs et qui semble différencier les lésions spécifiques des lésions gastriques banales telles que gastrite, ulcère rond ou cancer.

Le médecin usera avec sagacité de la médication habituelle de la syphilis. Il pourra s'adresser aux différentes voies d'absorption, mais une mention spéciale doit être réservée à la voie rectale. Milian a insisté avec juste titre sur le grand avantage de ce mode d'introduction lorsque le mal que l'on veut atteindre siège sur un viscère tributaire de système porte. Le trajet emprunté par le produit placé dans le rectum est par cette méthode direct, il a moins de chance qu'il y ait altération chimique, partant l'action est plus active.

Le Mercure.

Il sera donné par :

la voie buccale (protoiodure, sublimé, préparations mixtes);

— *intra-veineuse* (cyanure d'hydrargyre);

— *intra-musculaire* (benzoate d'hydrargyre, biiodure d'hydrargyre, huile grise);

— *cutanée* (onguent mercuriel);

— *Rectale* (suppositoires contenant de 2 à 4 centigrammes d'huile grise à 40 %, ou bien par lavements : liqueur de Van Swreten dissoute dans du lait).

Le Bismuth

Nouveau venu dans l'arsenal médicamenteux anti-syphilitique d'aucuns ont voulu attribuer son action locale dans beaucoup de gastropathies à sa propriété tréponémicide. Le problème mérite d'être étudié, mais nous n'avons pas eu de résultats durables dans notre pratique par le simple platrage au carbonate ou au sous-nitrate de bismuth.

Par contre, par voie intra-musculaire, nous avons obtenu des résultats impressionnants et nous croyons que c'est peut-être, en cas de syphilis gastrique, le meilleur des agents thérapeutiques.

On pourra prescrire les préparations solubles :

les tartro-bismuthates,

le gallate,

le cacodylate;

Plus volontiers nous usons des préparations insolubles :

l'iodo-bismuthate de quinine,

l'oléate de bismuth,

Et surtout les hydroxydes et carbonates de bismuth.

L'Arsenic.

On sait l'importance que le traitement arsenical a pris depuis 1910 et l'entrée en scène des arsénobenzènes.

Les indications sont surtout tirées de l'urgence d'activité désirée. En présence d'un ulcère, en menace de perforation, on aura parfois bénéfice à agir rapidement et on s'adressera aux arsénobenzènes, en suivant les règles de conduite habituelles.

On pourra également donner l'arsenic sous son mode pentavalent : c'est-à-dire l'hectine, le stovarsol.

Il existe de nombreuses variétés de sels arsenicaux qui pourront être donnés avec fruits, la plupart associés à un autre corps actif.

Signalons :

l'hectargyre, l'énesol, combinaisons arsenico-mercurelle;

le sulfarsénol arsénobenzène avec une molécule de sulfite de soude;

l'éparséno (base amino-arséno-phénol).

Il est bon néanmoins de savoir que les arséno benzènes ont une action vaso-congestive et que dans les ulcères à type hémorragique, leur emploi devra être différé, tout au moins au début de la crise.

L'Iodure.

C'est là un excellent auxiliaire qui peut d'ailleurs agir isolément. On sait que la préparation habituellement donnée est l'iodure de potassium qu'on adminis-

tre en solution par voie buccale à la dose de 2 à 5 grammes par jour. L'iodure est parfois mal toléré, on préconise alors les composés iodés organiques, les huiles iodées, qui sont beaucoup moins agissants que les iodures.

Récemment, l'iodure de sodium a été préconisé par voie sous-cutanée et intra veineuse, son emploi comme médicament anti spécifique n'est pas connu.

Par ailleurs le mercure a souvent été associé à l'iodure, le Sirop de Gibert a fait son temps, Jeanselme et Sézary proposent la solution suivante :

Bi-iodure de Hg.....	0 gr. 30;
Iodure de Potassium.....	30 gr. ;
Eau distillée	60 gr.

Sirop d'orange amère QS pour 450 gr.
2 cuillères à soupe par jour.

Traitement chirurgical.

Les lésions scléreuses des ulcus anciens ne sont plus sensibles aux médications antisypilitiques, non plus qu'à aucun traitement chirurgical, il faut lorsque la nécessité y oblige recourir au chirurgien. Il faut surtout retenir qu'en dehors des sténoses et des biloculations par ulcus organisé il y a deux indications majeure à la laparotomie, l'hémorragie qui met en danger la vie et la perforation intestinale instigatrice d'une péritonite souvent mortelle.

CONCLUSIONS

L'ulcus de l'estomac relève assez souvent d'une infection syphilitique. Les statistiques ne sont point encore assez précises pour en apprécier la fréquence mais sa possibilité doit toujours être envisagée en clinique.

Il faut surtout y penser :

Chez d'anciens spécifiques soignés insuffisamment ou dont le traitement a été abandonné depuis longtemps. Une réaction de Wassermann négative sera un signe insuffisant pour en écarter l'hypothèse, la réactivation de la réaction devra toujours être tentée.

2° Chez les malades où le régime et la thérapeutique classique n'apportent qu'un soulagement insignifiant ou insuffisant.

L'étude des observations qui ne sont pas encore très nombreuses, nous laisse à penser que les formes cliniques peuvent être très variées.

Nous avons successivement envisagé :

L'ulcère à type hémorragique.

L'ulcère à type perforant.

L'ulcère à type sténosant;

L'ulcère de la période secondaire, qui est rare;

Les formes frustes et dissimulées;

Les ulcérations gastriques liées aux lésions nerveuses de la syphilis.

Parmi les symptômes observés il en est deux qui nous semblent plus particulièrement liés à l'origine tréponémique de l'ulcère, c'est la tendance très fréquemment hémorragique de la plaie et aussi le caractère nocturne des douleurs, ce qui est beaucoup plus exceptionnel.

Les localisations gastriques de l'ulcus syphilitique ne diffèrent pas sensiblement de celles de l'ulcère classique.

L'anatomie pathologique montre que le mécanisme habituel de la formation ulcéreuse est la fonte d'une gomme qui, progressivement, se creuse, la perte de substance pouvant aller jusqu'à la perforation.

Les examens microscopiques témoignent de l'activité du processus endarteritique, l'aspect microscopique n'a qu'exceptionnellement le type décrit par Hemmeter.

Le pronostic dépend surtout de l'âge de l'ulcère. Une thérapeutique précoce est toujours assurée d'un succès remarquable. Lorsque l'ulcère s'est organisé et que les infiltrations fibreuses se sont constituées, une intervention chirurgicale peut être rendue nécessaire, toujours délicate chez un malade dont l'état général peut être médiocre.

La thérapeutique mettra en action tout l'arsenal des médicaments antisyphilitiques avec une énergie prudente, en tenant compte de l'âge et de l'état général du sujet. Nous faisons toutefois une mention particulière de la bismuthothérapie dont les résultats nous ont semblé des plus heureux.

Vu, le Doyen,
H. ROGER

Vu, le Président de la Thèse,
LÉPER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie d'avant-guerre on se rapportera avec fruit aux excellentes thèses suivantes :

Barbier. — *Syphilis de l'estomac*. Paris, 1903-1904.

Pater. — Sur la syphilis de l'estomac. Paris, 1907-1908.

1. **Babinski, St-Chauvet et Durand (G.).** — Crises gastriques et tabes. (*Soc. Neurol.*, 6 mars 1913).
2. **Babonneix et Levy (M.).** — Périduodénite syphilitique probable. (*Soc. Méd. des Hôp.* Paris, n° 22, janvier 1925).
3. **Bard (L.).** — Du diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'estomac et de l'intestin. (*Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, X, n° 1, janvier 1919).
4. **Barthélemy (R.).** — Les manifestations gastriques de la syphilis. (*Gaz. des Hôpit.*, 29 août 1921, n° 67, p. 1061).
5. **Béclère et Bensaude (P.).** — Un cas de syphilis gastrique simulant un néoplasme. Retour à la santé par le traitement spécifique sous le contrôle radiologique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 19 mai 1911, p. 680).
5. **Bensaude (R.) et Rivet.** — Les manifestations gastriques de la syphilis. — (*Journal de Médecine et de Chirurg. prat.*, 10 déc. 1924, p. 845).

6. Bory (L.). — La syphilis gastrique. (*Progrès médical*, 5 juin 1926, n° 13, p. 876).
7. Bonehut. — Gastro entéro-radculite à forme continue.
a) *Soc. méd. Hôp. Lyon*, 8 juillet 1920; b) *Lyon Médical*, 10 août 1920, p. 680.
8. Bouchut. — Gastro-radculite et ulcère de l'estomac.
(*Soc. de Chirurgie de Lyon*, 27 oct. 1921).
9. Cade (A.). — Ulcère gastrique et syphilis. (*La Médecine*, juillet 1922).
10. Cade (A.). — Rôle de certaines infections chroniques.
(Syphilis et tuberculose dans l'étiologie de l'ulcère gastrique. (*Marseille Médical*, 1925, p. 795 et 804).
11. Castaigne (J.). — Syphilis gastrique et tabes. (*Journ. des praticiens*, 4 avril 1914).
12. Castex (Mariano). — La syphilis dans l'étiologie des ulcères gastriques et duodénaux. (*Prensa Medica Argentina*, 30 oct. 1917).
13. Crohn. — The existence of gastric ulcer with tabes dorsalis. (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, LXXVII, p. 2.031, 1921).
14. Crouzon (O.). — Crises gastriques tabétiques ou lésions de l'estomac. (*Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu. Conférences du mercredi*, 1906, Masson, édit.).
15. Daviau (Mlle). — Accidents gastriques et syphilis.
(*Thèse Paris*, 1922-1923).
16. Dubourg. — Quelques formes de syphilis des voies digestives. (*Gaz. hebdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux*, 1923, p. 303).
17. Faroy (G.). — Linite plastique et syphilis de l'estomac.
(*Arch. des mal. de l'app. digestif et de la nutrition*, XIV, n° 7, juillet 1924).
18. Favre (G.). — Sur une modalité d'ulcère gastrique chez les syphilitiques. (*Thèse*, Lyon, 1920-1921).
19. Favre (M.). — Syphilis de l'appar. digestif et de ses annexes. (*In Traité de pathol. med. et thérap. appliquée*, XIX, Maloine, édit., 1921).

20. Full (H.) et Friedrich (V.).— Ulcère gastrique et tabes. (*Münch. Med. Wochens.*, 23 avril 1922).
21. Grandjean. — Contrib. à l'étude de la syphilis gastrique à forme dyspeptique simple. (*Thèse Toulouse*, 1920-1921).
22. Grenet (H.), Levent (R.) et Pélissier (L.). — Les syphilis viscérales tardives, p. 209. Masson, édit. 1927.
23. Guyot et Chavannaz. — Syphilis de l'estomac. (*Soc. anatomo-clin. de Bordeaux*, 5 mai 1924, *J. de méd. de Bordeaux*, 10 oct. 1924, n° 19).
24. Hayem (G.) et Lion (G.). — Maladies de l'estomac (in *Nouv. traité de méd. et de thérap.*, 1913, p. 513).
25. Kurzenne. — Formes clin. de la syphilis gastrique de l'adulte. (*Thèse Paris*, 1920).
26. Lamy. — Gastro et entéro-radiculites continues chez les syphilitiques. (*Thèse Lyon* 1920). (*Progrès Médical*, 11 déc. 1920, p. 907).
27. Lévy-Franckel (A.). — Sur deux cas de syphilis gastrique. (*Ann. des mal. vénériennes*, fév. 1928, p. 81).
28. Lipschitz (M.).— Syphilis de l'estomac à forme pseudo-cancéreuse. (*Thèse. Paris*, 1920).
29. Lœper (M.) et Oppenheim. — La dyspepsie tabétique. (*La Semaine Médicale*, 4 février 1914, n° 15).
30. Lœper (M.) et Schulmann (E.). — Les lésions du pneumo-gastrique et l'ulcère de la petite courbure. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 30 mai 1913).
32. Lœper (M.) et Bory (L.).— A propos de la syphilis gastrique. (*Journ. méd. français*, déc. 1922, p. 502).
33. Lœper (M.) et Marchal. — Le diagnostic topographique des ulcères de l'estomac. (*Journ. Méd. franç.*, XII, n° 1, janv. 1923).
34. Lœper et Turpin. — Sténose médio-gastrique syphilitique guérie en deux mois par le traitement syphilitique. (*Progr. Méd.*, 1924, p. 537).
35. Lyon (G.). — Syphilis de l'estomac. (*Paris Médical*, 3 juin 1911).

36. **Mathieu (A.).** — La syphilis gastrique. (*Gazette des Hôp.*, 1911, p. 1.231).
 37. **Mazel.** — Ulcus gastro-duodénaux et syphilis. (*Thèse*, Montpellier, 1920-1921).
 38. **Pelloux.** — Les difficultés de diagnostic de l'ulcus gastrique (formes frustes). (*Thèse*, Lyon, 1919-1920).
 39. **Ramond (F.).** — A propos d'un cas de syphilis gastrique. (*Progrès Médical*, 4 janv. 1920).
 40. **Reboul (F.).** — Contrib. à l'étude de l'ulcère syphilitique gastrique. (*Thèse*, Lyon, 1923-1924).
 41. **Rohank.** — Gastro-radiculite syphilitique. (*Rev. Neurol.*, 1924, II, p. 544).
 42. **Savignac (R.) Avilisatos (A.).** — Contrib. à l'étude de l'ulcus gastrite à forme tabétique. (*Arch. des mal. de l'app. digestif*, XI, n° 2, 1925).
 43. **Schumann (John W.).** — Tabes dorsalis and gastric ulcer. (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, LXXVIII, p. 105, 1922).
 44. **Speder (E.).** — Le territoire réservé à la syphilis dans l'estomac. (*Bull. de la Soc. de radiol. méd. de Fr.*, 7 juillet 1925, p. 164).
 45. **Weill (P. E.).** — Quatre cas de syphilis gastrique. (*Bull. de la Soc. de thérapeut.*, n° 9, nov. 1922, p. 233).
-

TABLE DES MATIÈRES

Historique	13
Tableau de la syphilis gastrique	16
La Dyspepsie tertiaire et les gastriques chroniques syphilitiques	18
Les sténoses syphilitiques de l'estomac	21
Le pseudo-cancer syphilitique de l'estomac	25
La linite plastique syphilitique	26
Syphilis gastrique, crises tabétiques et syphilis nerveuses	27
L'ulcère syphilitique de l'estomac	29
L'ulcère à type hémorragique	31
Observations	34
L'ulcère à type perforant	43
L'ulcère à type sténosant	48
Les ulcérations gastriques de la période secondaire ...	51
Les formes frustes de l'ulcère gastrique, les ulcères dissimulés	53
Ulcérations gastriques et syphilis nerveuse	57
Les localisations de l'ulcus gastrique des syphilitiques...	63
Statistiques de l'ulcère gastrique syphilitique	66
Anatomie pathologique	69
Pronostic	76
Diagnostic	78
Thérapeutique	82
Le Mercure	83
Le Bismuth	84
L'Arsenic	85
L'Iodure	85
Traitement chirurgical	86
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	91

